TRAITÉ

DES

MALADIES DES ARTÈRES ET DES VEINES.

TRAITÉ

DES

MALADIES DES ARTÈRES ET DES VEINES;

PAR JOS. HODGSON,

Membre du Collége royal des Chirurgiens et de la Société médico-chirurgicale de Londres; Correspondant de la Société de la Faculté de Médecine de Paris, de la Société médicale d'Emulation de la même ville, etc.;

TRADUIT DE L'ANGLAIS, ET AUGMENTÉ D'UN GRAND NOMBRE DE NOTES,

PAR GILBERT BRESCHET,

Docteur en médecine; Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris; premier Aide de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de la même ville; Professeur particulier d'Anatomie et de Chirurgie; Membre du Bureau central d'Admission dans les Hôpitaux et Hospices civils; Chirurgien adjoint du premier Dispensaire de la Société philanthropique; Secrétaire général de la Société médicale d'Émulation; et Membre de plusieurs Sociétés savantes françaises et étrangères.

TOME SECOND.

PARIS,

Chez GABON, Libraire, rue de l'Ecole de Médecine; BÉCHET jeune, Libraire, rue de l'Observance, n° 5.

Et à MONTPELLIER,

Chez ANSELME GABON, Libraire.

1819.

DE L'IMPRIMERIE DE FEUGUERAY,
rue du Cloître Saint-Benoît, n° 4.

TRAITÉ
DES
MALADIES DES ARTERES
ET DES VEINES.

SECONDE PARTIE.
DES ANÉVRISMES EN PARTICULIER.

SECTION V.

De l'Anévrisme de l'Artère carotide.

On a reconnu que l'oblitération de l'artère carotide commune n'est point suivie de dérangemens dans la fonction du cerveau, et qu'on pouvait en guérir les anévrismes par la ligature du vaisseau. En 1749, Haller examina le corps d'une femme de cinquante ans, chez laquelle la portion ascendante et la courbure de l'aorte étaient excessivement dilatées; ce kyste contenait du sang grumeleux et était envi-

ronné d'une couche membraneuse de coagulum, qui s'étendait dans l'artère carotide gauche et en oblitérait complètement toute l'étendue. Cette substance d'une couleur blanchâtre adhérait d'une manière si intime à la membrane interne du vaisseau, que ce n'était qu'avec peine qu'on pouvait la détacher par la dissection. Elle se prolongeait en haut dans la carotide externe jusqu'à l'origine de l'artère labiale, et remplissait entièrement le tronc rétréci de la carotide interne jusqu'à son entrée dans le trou carotidien de la portion pierreuse du temporal (1).

Petit, en 1765, publia le résultat de la dissection d'un homme qui vécut sept ans après l'oblitération de l'artère carotide commune. Un anévrisme de la grosseur d'un œuf de pigeon avait existé au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure : par les saignées, la diète et le repos, la tumeur, en trois mois, avait été réduite à la moitié de son volume, et au bout de deux ou trois ans, elle n'offrait plus qu'une petite nodosité assez dure. Telle était la position de cet homme depuis sept ans, lorsqu'il eut une attaque d'apoplexie qui l'emporta en quelques jours. L'hémisphère droit du cer-

(1) Opuscula pathologica, Obs. XIX., Tab. I.

veau était couvert d'une sérosité sanguinolente; au-dessous de cet épanchement le cerveau était sain; il n'y en avait point eu à la surface de l'hémisphère opposé; mais le ventricule de ce côté ayant été ouvert, il s'en échappa cinq ou six onces de sang, et l'on y trouva de plus une masse de coagulum de la grosseur d'un œuf de poule. Ce caillot était renfermé dans une large cellule qui s'était formée dans la substance même du cerveau. Le calibre de l'artère carotide du côté gauche où cet épanchement avait eu lieu, et celui des principales branches qui en prennent naissance, paraissaient d'un tiers plus larges que dans l'état naturel. L'artère carotide droite était complètement oblitérée depuis l'endroit où elle se sépare de la sous-clavière, où elle se divise en deux branches principales vis-à-vis l'angle de la mâchoire inférieure. Cette artère qui en général est aussi grosse que l'extrémité du petit doigt, était convertie en une sorte de cordon ligamenteux de deux lignes de diamètre, et dans lequel on ne pouvait plus reconnaître aucun vestige de cavité. Un petit anévrisme de la grosseur d'une noisette était situé au commencement de cette artère, dans l'endroit de sa séparation d'avec la souclavière. Les membranes qui composaient ce sac, étaient très-

minces ; sa cavité était remplie par une substance qui ressemblait en partie à du saindoux et en partie à du sang desséché. On pouvait y distinguer une très-petite ouverture par laquelle il avait communiqué avec la cavité de l'artère, avant l'oblitération de cette dernière. On trouva aussi à l'endroit où l'anévrisme avait eu son siége, près de l'angle de la mâchoire, une nodosité oblongue et dure, du volume d'une olive, mais n'offrant aucune cavité dans son intérieur (1).

Le docteur Baillie a observé un état semblable de l'artère carotide sur un sujet apporté à l'amphithéâtre d'anatomie. On découvrit à l'artère carotide droite, avant sa division en branches interne et externe, une tumeur ovale uniforme, d'un pouce et demi environ de longueur. Le diamètre du vaisseau n'était guère plus du double de ce qu'il est dans l'état ordinaire. La tumeur était dure et présentait au toucher la même résistance qu'une glande absorbante naturelle ; et si on l'eût palpée à travers quelques fibres musculaires, on l'aurait certainement prise pour une glande de ce genre très-développée. Les membranes artérielles

(1) Mémoires de l'Académie royale des Sciences pour l'année 1765, p. 758.

ayant été divisées, on trouva que sa cavité était complètement remplie d'un caillot sanguin consistant, qui n'avait pas l'apparence du sang récemment coagulé après la mort, mais bien celle du coagulum d'un ancien sac anévrismal. Le coagulum adhérait partout d'une manière si intime à la partie interne du vaisseau, qu'en l'en séparant, on enlevait aussi des lambeaux de sa membrane interne. En divisant sa substance on trouva qu'elle était composée de couches distinctes, comme dans un anévrisme ordinaire. Rien n'annonçait qu'une de ces couches se fût formée depuis peu, et l'on ne pouvait douter qu'elles n'existassent long-temps avant la mort de l'individu. Il est donc évident dans ce cas, que du coagulum s'était formé dans l'artère carotide par le même procédé que dans un anévrisme, et que la tendance de l'artère aux anévrismes s'était guérie toute seule. La cavité entière du vaisseau étant remplie de coagulum, la circulation n'avait pu nullement s'y faire. L'artère carotide gauche du même sujet, exactement avant sa division en carotides externe et interne, présentait aussi une dilatation et une formation de coagulum; mais la dilatation avait davantage l'apparence d'un sac anévrismal ordinaire, et le coagulum ne remplissait pas entièrement la cavité du vaisseau.

Un petit canal restait encore pour le cours du sang (1).

M. Pelletan a trouvé l'artère carotide oblitérée par la pression d'un anévrisme volumineux de la courbure de l'aorte. L'artère contenait un caillot qui s'étendait depuis la partie comprimée par l'anévrisme jusqu'à sa division en carotides externe et interne (2). M. Astley Cooper fait mention d'un cas semblable dans lequel l'artère carotide était oblitérée par la pression d'un anévrisme de la courbure de l'aorte. Le sac montait dans le cou, derrière le sternum et sur le côté du larynx en produisant une grande gêne de la déglutition et de la respiration. Les fonctions du cerveau ne s'accomplissaient pas moins bien, et ce sujet n'éprouva aucun symptôme de paralysie. La carotide gauche était oblitérée jusqu'à sa division en interne et en externe, par un caillot qui adhérait à sa membrane interne (3).

Ces observations anatomiques avaient prou-

---

(1) *Transactions of a Society for the improvement of medical and chirurgical knowledge*, vol. 1, p. 121.

(2) Clinique chirurgicale, tome 1, p. 68.

(3) *Medico-chirurgical transactions*, vol. 1, pl. 11, fig. 2.

vé, long-temps avant qu'on eût fait chez l'homme la ligature de l'artère carotide, que le cerveau pouvait recevoir une quantité de sang suffisante pour l'accomplissement de ses fonctions, lors même qu'une de ses principales artères était oblitérée. Elles étaient encore fortifiées par les expériences des physiologistes, qui avaient trouvé que les animaux survivaient à la ligature des deux artères carotides (1). Mais les inductions importantes qu'on pouvait tirer de ces faits n'avaient pas été jusque là appliquées au traitement des anévrismes. M. Astley Cooper fut le premier qui, dans cette vue, lia l'artère carotide; et, cette opération ayant été plusieurs fois couronnée de succès, on peut la regarder avec raison comme une des découvertes les plus importantes de la chirurgie moderne.

---

(1) Valsalva lia plusieurs fois de suite les deux artères carotides sur des chiens: dans l'une des expériences, l'animal survivait depuis vingt-deux jours, lorsqu'on le tua pour le disséquer; dans deux autres expériences, les animaux furent également mis à m rt, mais après un temps plus court que dans la première expérience. (*Voyez* Valsalva *opera cura.* Morgagni epist. XIII, p. 507). Il est probable que l'artère carotide fut liée sur des animaux, même du temps de Galien. L'expérience est rapportée par Vanswieten, Lower, Drelincourt, Péchlin et plusieurs autres auteurs.

La première personne à qui M. Cooper fit la ligature de l'artère carotide, fut une femme de quarante-quatre ans ; elle fut admise à l'hôpital de Guy, le 23 octobre 1805. La tumeur, d'après son récit, s'était manifestée cinq mois auparavant au-dessus de la partie moyenne du cou, et, grosse alors comme l'extrémité du doigt seulement, elle avait des battemens très-forts, et elle occasionnait une violente pulsation dans le cerveau. Cette tumeur s'était développée graduellement, jusqu'à ce qu'elle eût atteint en haut la mâchoire inférieure, et inférieurement elle descendait au-dessous de la partie moyenne du cou. Quinze jours avant l'admission de la malade, la pulsation dans la tumeur et dans le cerveau était devenue si forte qu'elle la privait du sommeil ; le crâne, de ce côté, était devenu si sensible qu'on ne pouvait le toucher : les alimens solides ne passaient qu'avec une extrême difficulté, et une toux violente tourmentait sans cesse la malade. En examinant la tumeur, M. Cooper trouva qu'elle occupait les deux tiers du cou; elle avait un mouvement de pulsation très-fort, et la peau était amincie à sa partie la plus proéminente. Au moment de l'opération, elle s'étendait depuis le menton jusqu'au-delà de l'angle de la mâchoire, et en bas, elle descendait à la dis-

tance de deux pouces et demi de la clavicule. M. Cooper fit une incision longue de deux pouces sur le côté interne du muscle sterno-mastoïdien, depuis la partie inférieure de la tumeur jusqu'à la clavicule, qui découvrit les muscles scapulo et sterno-hyoïdien; ces muscles ayant été repoussés vers la trachée, on aperçut la veine jugulaire. Les mouvemens de cette veine produisaient la seule difficulté qu'il y eût dans l'opération, parce que, d'après les différens états de la respiration, elle se présentait à l'instrument tantôt distendue et tantôt entièrement déprimée. Introduisant un doigt dans la plaie pour s'assurer de cette veine, M. Cooper fit une incision sur l'artère carotide, et l'ayant découverte, il la sépara de la paire vague, et passa une aiguille courbe au-dessous d'elle, en ayant soin d'écarter d'un côté le nerf récurrent, et de l'autre le nerf de la huitième paire ou pneumo-gastrique. Les deux ligatures furent ensuite liées à un demi-pouce l'une de l'autre, ce qui était la plus grande distance que l'on pût mettre entre elles. M. Cooper ne juga pas à propos de courir les risques d'une hémorragie en divisant l'artère, dans la crainte où il était que les ligatures ne fussent détachées par la force d'impulsion du cœur, l'intervalle étant si peu considérable entre les deux ligatures, qu'on n'aurait pu em-

ployer aucun moyen pour arrêter l'effusion du sang. Aussitôt que les fils eurent été liés, toute pulsation cessa dans la tumeur. L'opération étant terminée, la plaie fut pansée superficiellement, et la malade quitta la chaise sur laquelle elle avait été assise pendant l'opération; mais il lui survint une quinte de toux si violente, qu'on crut un instant qu'elle en perdrait la vie. Cette toux semblait provenir d'une accumulation de mucus dans la trachée qui ne pouvait être expulsé au dehors; elle dura près d'une demi-heure et finit par s'appaiser.

Le lendemain de l'opération, la pulsation dans la tumeur n'était pas revenue; celle du cerveau avait cessé, et il n'y avait nulle apparence d'une diminution d'énergie nerveuse dans aucune partie du corps. Les symptômes furent favorables jusqu'au septième jour qu'il survint une irritation constitutionnelle considérable; le bras droit et la jambe du même côté furent privés de sentiment, et la malade ne pouvait les mouvoir qu'avec une grande difficulté. Ces symptômes diminuèrent; mais la malade ne pouvait avaler d'alimens solides, et elle était tourmentée par une toux fréquente. Le onzième jour, les ligatures se détachèrent; le douzième et le treizième jours, son état paraissait meilleur à tous égards; la tumeur avait

diminué de volume, et la malade avalait avec moins de difficulté ; le quatorzième jour, une irritation générale très-violente parut de nouveau ; la tumeur avait augmenté de volume, et était très-douloureuse au toucher ; la plaie paraissait aussi étendue qu'à l'instant de l'opération, et elle laissait écouler une sanie séreuse ; la malade se plaignait d'une grande difficulté pour avaler, et d'une toux aussi violente que prolongée ; son pouls était fréquent, et le bras gauche plus faible que l'autre. Depuis lors la tumeur augmenta de volume, et la peau, à sa surface, devint d'un rouge brun ; le dix-septième jour, le pouls était petit, et présentait cent huit pulsations par minute ; la malade ne pouvait plus avaler même sa salive, et tout essai de déglutition produisait une toux violente. Elle mourut le dix-neuvième jour.

Par la dissection on trouva la poche anévrismale enflammée, et dans son intérieur, outre le caillot de sang, une quantité considérable de pus. L'inflammation s'étendait à la partie externe du sac, le long de la paire vague, presque jusqu'à la base du crâne. La glotte était en grande partie oblitérée, et la surface interne de la trachée-artère enflammée, offrait en outre une lymphe coagulable adhérente à sa membrane muqueuse. L'accroissement subit des parties à

la suite de l'inflammation, et le volume de la tumeur avant l'opération, avaient occasionné une telle pression sur le pharynx, qu'on avait beaucoup de peine à introduire dans son intérieur une bougie de la grosseur d'une plume d'oie. Les nerfs n'avaient éprouvé aucune lésion, et la ligature qui avait ambrassé l'artère avait ménagé d'un côté le nerf récurrent et de l'autre la paire vague. La mort paraissait avoir été causée par l'inflammation du sac anévrismal et des parties adjacentes, et cette inflammation avait tellement augmenté le volume de la tumeur, que cette dernière, par sa pression sur le pharynx, empêchait la déglutition, et sur le larynx excitait une toux violente, et mettait des obstacles à la respiration (1).

Il résultait au moins de cette opération, cette importante induction, qu'on pouvait lier l'artère carotide, et que les ligatures se détachaient avec sûreté ; il n'existait même aucun doute que, dans des circonstances plus favorables, on ne parvînt à obtenir la guérison d'un anévrisme de ce genre, aussi bien que de ceux des autres parties du corps, et au moyen des mêmes procédés curatifs.

(1) *Medico-chirurgical transactions*, vol. I, p. I, pl. I et II.

En 1808, M. Cooper répéta cette opération, et son résultat confirma la justesse des principes qui l'avaient fait entreprendre. L'anévrisme existait depuis six à sept mois; il était accompagné d'une vive douleur du côté gauche de la tête, et d'un mouvement de pulsation dans le cerveau. La tumeur rendait la prononciation extrêmement pénible, et occasionnait une légère difficulté de respirer. Lorsque le malade essayait de se baisser, il éprouvait une sensation insupportable, et comme si la tête eût été prête à se fendre, accompagnée de vertiges, de perte de la vue, et d'une insensibilité presque totale. La tumeur était située exactement au-dessous de l'angle de la mâchoire, et vers la grande division de la carotide commune. Elle avait le volume d'un œuf de poule, et présentait une proéminence à sa partie moyenne; le cou avait une longueur considérable, propre à laisser un grand espace pour découvrir l'artère carotide.

M. Cooper commença son incision vis-à-vis de la partie moyenne du cartilage thyroïde, depuis la base de la tumeur, et la prolongea jusqu'à un pouce de la clavicule, sur le côté interne du muscle mastoïdien. En soulevant le bord de ce muscle, on pouvait voir distinctement l'omo-hyoïdien croisant la gaîne des vais-

seaux, ainsi que le nerf descendant de la neuvième paire. M. Cooper sépara ensuite le muscle mastoïdien de l'omo-hyoïdien, et la veine jugulaire qui, dans son état de distension, s'étend sur l'artère carotide, devint alors apparente. En écartant la veine, la paire vague qui se porte entre elle et l'artère carotide, quoiqu'un peu à son côté externe, fut mise à nu. On évita facilement ce nerf; une aiguille courbe d'acier, faite à ce dessein, et portant un double lien, fut alors passée au-dessous de l'artère. Deux ligatures ayant été introduites de la sorte sous le vaisseau, on lia immédiatement l'inférieure. M. Cooper détacha ensuite l'artère des parties environnantes, dans l'étendue d'un pouce au-dessus de la ligature inférieure, et lia la supérieure. Enfin une aiguille et un fil furent passés à travers l'artère entre les deux ligatures. La section de l'artère fut alors exécutée. La plaie fut pansée en rapprochant ses bords au moyen de bandelettes agglutinatives; les ligatures pendaient au-dehors de chaque côté de la plaie, qui fut recouverte d'une compresse également maintenue par des bandelettes agglutinatives.

Aussitôt après l'opération, le malade fut délivré d'une douleur atroce qui s'était

manifestée deux mois après la formation de la tumeur, et qui s'étendait vers la tempe gauche ; elle était accompagnée d'un battement violent de toutes les artères de ce côté. Cette douleur ne reparut plus ; la pulsation de la tumeur n'avait pas entièrement cessé, quoiqu'elle fût assez diminuée pour être obscure ; le malade n'éprouva aucun symptôme fâcheux après l'opération ; il fut quelquefois incommodé par une toux et une douleur de tête légère ; mais ces symptômes diminuèrent avec la tumeur. Le troisième jour elle devint dure, et son contenu fut absorbé graduellement ; sa pulsation, quoique faible, était encore perceptible plus de deux mois après l'opération. La ligature supérieure se détacha le vingt-deuxième jour, et l'inférieure le lendemain. La tumeur était à peine apparente le vingt-quatrième jour ; on ne sentait plus les artères faciale et temporale du côté gauche. En moins de trois mois, le malade fut complètement guéri, et put retourner à ses travaux de porteur (1).

Moins d'un an après la ligature de l'artère carotide, dans le cas que nous venons de rapporter, cette opération fut répétée avec succès

---

(1) *Medico-chirurgical transactions*, vol. 1, p. 222.

par M. Travers, pour un anévrisme par anastomose dans l'orbite. Ce cas est très-intéressant, non-seulement parce qu'il est le second dans lequel l'artère carotide ait été liée avec succès, mais aussi parce qu'il prouve que la maladie des artères les plus ténues, à laquelle on a donné le nom d'anévrisme par anastomose, peut être guérie par la ligature du tronc d'où elles prennent naissance.

La malade de M. Travers était une femme âgée de trente-quatre ans, qui, quelques années avant l'opération, s'aperçut du commencement d'une tumeur pulsative : cette tumeur s'accrut de manière à remplir la plus grande partie de l'orbite, en poussant en avant le globe de l'œil, et en formant deux sacs distincts à l'angle interne. La compression et les applications froides furent essayées sans succès. A moins d'extirper l'œil, l'excision était évidemment impraticable, et le résultat d'une telle opération eût été très-incertain, tant par rapport au grand déplacement du globe de l'œil, que par l'origine connue de la maladie dans l'intérieur de l'orbite. Une compression exacte des artères temporale, angulaire et maxillaire, n'avait produit aucun effet sur la tumeur. En appliquant le pouce sur le tronc de la carotide commune, la pulsation cessait entièrement, et

le bruissement dans la plus petite des tumeurs devenait si faible, qu'il était difficile de déterminer s'il continuait ou non. Eclairé sur l'origine de la maladie; sachant, d'après le cas de M. Cooper, qu'on pouvait lier avec sûreté l'artère carotide, et réfléchissant particulièrement sur la diminution permanente et sensible de l'impulsion du sang destiné à l'entretien de la maladie qui devait suivre nécessairement l'oblitération d'un tel canal, M. Travers procéda à l'opération.

La malade fut couchée, le cou soutenu par un oreiller, et le menton légèrement tourné vers l'épaule gauche. Une incision longue de deux pouces et demi fut commencée à la distance d'un pouce au-dessus de l'extrémité sternale de la clavicule, et prolongée dans une direction oblique le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. Les fibres du muscle étant découvertes, son bord fut soulevé, et la gaîne des vaisseaux fut incisée avec précaution du côté de la trachée. On passa au-dessous de l'artère, par cette plaie qui avait fort peu d'étendue, une aiguille courbe munie d'une double ligature, en prenant soin de ne pas intéresser le nerf. L'aiguille ayant été retirée, les ligatures furent liées séparément, l'inférieure à la partie la plus basse de la dénudation

de l'artère, et la supérieure à la plus haute; elles étaient à environ trois lignes de distance l'une de l'autre, et, lorsqu'elles furent liées, on put sentir distinctement la division de la membrane interne du vaisseau. Les lèvres de la plaie furent légèrement rapprochées par des bandelettes agglutinatives et les ligatures maintenues au-dehors vis-à-vis de l'endroit de leur application sur l'artère.

La malade se rétablit promptement. La ligature supérieure se détacha le vingt et unième jour, et l'inférieure le vingt-deuxième. La plaie se guérit vîte, et à la fin de la cinquième semaine, la malade se trouvait dans le même état qu'avant l'opération (1).

Je vais rapporter avec un grand plaisir, au lecteur, une troisième observation où l'artère carotide a été liée avec succès pour la guérison d'un anévrisme. Je la donnerai dans les mêmes termes où elle m'a été communiquée par celui de mes amis qui a fait l'opération.

OBSERVATION XL.

La personne qui fait le sujet de cette obser-

---

(1) *Medico-Chirurgical transactions*, vol. II, p. 5. Les résultats de l'opération sur la maladie qui avait son siége dans l'orbite, seront exposés en traitant de l'anévrisme par anastomose.

vation était tombée par degrés dans une mélancolie profonde ; elle aimait la solitude ; ses manières étaient mornes et silencieuses ; elle parlait rarement, ne prenait aucun intérêt à sa famille ou à ses amis, et fuyait la société. Six semaines auparavant, elle se retira un jour dans sa chambre et se frappa au cou au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure avec un canif très-petit et dont la lame était fort mince ; elle se jeta ensuite sur son lit et fut trouvée le lendemain pâle, sans connaissance et sans mouvement. La chambre était inondée de sang. Le côté droit du corps était paralysé ; les traits horriblement distendus ; la figure blême et exsanguë, et la voix et les forces entièrement perdues.

Quinze jours après cet acte de désespoir, on observa une petite tumeur sous l'angle de la mâchoire ; elle était extrêmement petite, n'étant guère plus volumineuse que l'extrémité du doigt, et ressemblant sous tous les rapports à un ganglion lymphatique engorgé. On n'eut donc aucun doute que ce n'en fût réellement un, et en conséquence on frictionna cette tumeur avec une solution de camphre ; elle excita bientôt une attention plus particulière, et la malade elle-même remarqua que cette grosseur présensait une forte pulsa-

tion : on attribua cette circonstance à l'impulsion communiquée par les artères au-dessous de toute glande engorgée, tant cette tumeur mettait de temps à s'accroître ou à prendre son véritable caractère. Toutefois cinq semaines après la blessure, son volume augmenta, la fluctuation attribuée pendant dix jours à la suppuration d'une glande lymphatique, était alors évidemment accompagnée de pulsation. La piqûre faite à l'artère avait été très-petite. La perte excessive de sang occasionna l'hémiplégie, mais diminua la force de la circulation, et le tissu cellulaire ainsi que la gaîne artérielle présentèrent une résistance suffisante pour modérer l'effusion. La première quantité de sang épanché s'était coagulée sous la forme d'un petit caillot consistant; mais toute l'économie animale ayant recouvré le sang qu'elle avait perdu, et l'artère ayant recommencé à battre avec sa force ordinaire, l'épanchement s'était renouvelé. Le premier caillot était flottant dans le sang nouveau et l'on observait une fluctuation obscure, et une pulsation distincte même pour la malade, malgré l'état de torpeur où se trouvait chez elle le sens du toucher. A mesure que la paralysie disparaissait et que la main privée de sentiment recouvrait ses facultés naturelles, cette maladie nouvelle et

formidable faisait des progrès. Les caractères de l'anévrisme paraissaient des moins équivoques. Il était évident que le mal augmentait, et qu'on ne devait point différer l'opération. La tumeur avait le volume d'un œuf de pigeon; elle était située exactement au-dessus de l'angle de la mâchoire et occasionnait une sensation pénible de suffocation; elle offrait une pulsation forte et distincte et une fluctuation très-sensible à sa partie la plus proéminente. L'état de mélancolie et d'abattement de la malade excitait un intérêt sincère; elle était morne, silencieuse, dégoûtée de la vie et de toute espérance de bonheur, et cependant résignée à ce qu'on pouvait lui proposer pour la guérir. La ligature de l'artère carotide était la seule ressource; on y procéda donc de la manière suivante.

La malade assise sur une chaise, on fit une incision longue de trois pouces à travers les tégumens, à partir de la base de la tumeur, qu'on prolongea le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. Le corps de ce muscle étant soulevé, fut maintenu en arrière par deux spatules légèrement courbées, et l'on écarta également les tégumens de l'autre côté de l'incision. La gaîne des vaisseaux fut ainsi mise à nu, et l'on observa que quelques fibres du muscle scapulo-hyoïdien traversaient la partie inférieure de l'incision. La gaîne fut ouverte;

et une double ligature bien cirée et ensuite huilée, fut passée au-dessous de l'artère carotide au moyen d'une aiguille courbe. Le lien supérieur fut serré d'abord, dans la crainte que l'artère ne s'ouvrît. L'inférieur le fut ensuite; on les serra l'un et l'autre de manière à ne pas craindre qu'ils divisassent le vaisseau, quoiqu'ils le fussent assez pour arrêter toute circulation dans sa cavité; ils ne furent pas séparés, en sorte qu'ils n'en faisaient pour ainsi dire qu'un seul. La veine jugulaire ne gêna pas l'opération; on ne la vit même point. L'artère carotide fut liée un peu au-dessus de la partie moyenne du cou, près de la tumeur, et à une distance d'environ trois pouces de l'angle de la mâchoire. La plaie avait si peu d'étendue que trois bandelettes d'emplâtre agglutinatif la recouvrirent entièrement.

L'appareil fut changé chaque jour. Une sérosité claire, teinte de sang et noircie par l'emplâtre, sortait de la plaie qui fut réunie le sixième jour, à l'exception de son centre. On n'essaya pas de retirer les ligatures. L'inférieure se détacha le quatorzième jour, pendant qu'on lavait doucement la plaie, et la supérieure fut enlevée en voulant la raccourcir avec de gros ciseaux. La pulsation dans la tumeur cessa à l'instant même de l'applica-

tion des ligatures; elle diminua rapidement, mais elle n'avait pas entièrement disparu, quand la malade quitta son chirurgien. Il restait encore un petit noyau fort dur. L'amélioration graduelle de la déglutition annonçait les progrès de la diminution de la tumeur qui comprimait en dedans le pharynx. On ne remarqua aucun changement dans les fonctions intellectuelles de la malade après cette opération; son état de mélancolie et d'abattement fut toujours le même (1).

Les anévrismes du cou existent en général à l'artère carotide, dans l'endroit de sa bifurcation. Les dépôts de matière calcaire et les dilatations contre nature de l'artère y sont

---

(1) La note suivante où il est question d'un autre cas de ligature de l'artère carotide suivie de succès, a été insérée par M. Wishart, dans sa traductiou du traité de Scarpa sur l'anévrisme, p. 381. « Hebenstreit, dans le cinquième volume de sa traduction du système de chirurgie de B. Bell, rapporte l'observation d'une blessure de l'artère carotide externe, faite en extirpant une tumeur squirrheuse. L'hémorragie abondante qui survint à l'instant même, aurait fait périr le malade, si le chirurgien n'eût pas conservé sa présence d'esprit, et n'eût fait sur-le-champ la ligature du tronc de l'artère. L'opération réussit et le malade vécut encore plusieurs années. »

fréquens, la tumeur est ordinairement située au-dessous de l'angle de la mâchoire : à mesure qu'elle augmente de volume, elle produit par sa pression sur le larynx et le pharynx, une irritation extrême de ces parties, ainsi qu'une gêne très-grande de la respiration et de la déglutition. C'est par cette raison que les anévrismes de l'artère carotide deviennent souvent funestes. Dans le premier cas où M. Astley Cooper fit la ligature de l'artère carotide, la tumeur s'enflamma après l'opération, et augmenta de volume de manière à empêcher la déglutition par sa compression sur le pharynx et par sa compression sur le larynx, à produire des quintes de toux violentes, et enfin à arrêter la respiration (1). En 1808, M. Cline lia l'artère carotide à l'hôpital Saint-Thomas. Le malade était un homme robuste et d'un âge moyen. La tumeur qui était volumineuse avait pris un accroissement extrêmement rapide. Les autres circonstances paraissaient défavorables. La respiration et la déglutition étaient gênées par la pression de la tumeur qui avait fait dévier le larynx de sa position naturelle. Le malade était tourmenté par une toux très-fréquente et très-incommode. La douleur qu'il ressentait se

(1) *Medico-Chirurgical transactions*, vol. 1, p. 9.

bornait à la tumeur et au côté correspondant de la figure. Tous ces symptômes se dissipèrent pendant les douze premières heures qui suivirent l'opération. Ils reparurent ensuite avec plus d'intensité, surtout la toux et la difficulté d'avaler, ainsi qu'une fièvre d'irritation très-forte qui fut rebelle à tous les efforts de l'art. Le malade mourut le quatrième jour après l'opération (1). M. John Bell a rapporté une observation d'anévrisme de l'artère carotide qui devint funeste de la même manière, c'est-à-dire par sa pression sur le larynx et le pharynx et par l'irritation qui en fut la suite (2). Ces observations démontrent clairement combien il est avantageux de faire l'opération de l'anévrisme de la carotide, lorsque la tumeur est petite, et qu'elle ne peut pas produire d'irritation sur les organes importans situés dans son voisinage. On doit toujours désirer que l'opération de l'anévrisme soit faite, lorsque la maladie est développée depuis peu de temps; et dans cette conjoncture, c'est un objet de la plus haute importance. Indépendamment des effets directs produits par la pression de la tumeur sur le larynx et le pharynx, la toux constante qui accompagne les anévrismes de la carotide

(1) *London medical review*, vol. II, p. 96.
(2) *Principles of surgery*, vol. III, p. 250.

peut faire déchirer l'adhérence récente de l'extrémité de l'artère liée, et produire ainsi une hémorragie secondaire.

Ce n'est pas seulement pour guérir les anévrismes de ce vaisseau qu'on peut faire la ligature de l'artère carotide. L'observation de M. Travers prouve que les maladies des branches sont susceptibles d'être arrêtées par la ligature du tronc ; aussi a-t-on recours à ce dernier moyen dans les anévrismes par anastomoses, qui ne peuvent être extirpés à cause de leur étendue. Il est aussi quelquefois nécessaire de lier l'artère carotide dans les plaies du cou où il y a lésion de ce vaisseau, ou de quelques-unes de ses branches principales. Dans l'histoire suivante d'une plaie étendue de cette partie, l'artère carotide fut liée par M. Abernethy. On doit toutefois observer que les effets décrits dans cette observation ne se sont pas offerts dans les cas subséquens de ligature de l'artère carotide.

Un homme fut frappé au cou par une vache ; la corne de l'animal entra par le côté gauche du cartilage cricoïde, et pénétra jusqu'aux vertèbres ; elle monta ensuite le long du corps de ces os, jusqu'à la base du crâne; elle sortit enfin derrière l'angle de la mâchoire, en découvrant et en lésant un peu dans son passage la glande

parotide, et en lacérant la peau de la figure jusqu'à la hauteur de la partie moyenne de l'oreille. L'artère carotide interne et les principales branches antérieures de la carotide externe furent déchirées. Malgré la grosseur de ces vaisseaux, l'hémorragie ne fut pas immédiate ; néanmoins on ne fut pas long-temps sans observer que le sang coulait abondamment en bas du cou, et que la pression générale sur la plaie ne pouvait arrêter l'hémorragie ; celle-ci n'était suspendue que par la compression de l'artère carotide contre les vertèbres cervicales inférieures. On essaya d'abord de lier les artères les plus superficielles ; mais les lèvres de la plaie étant lacérées, les premières ligatures embrassaient des portions de chair, et ne pouvaient assujétir les vaisseaux. Il parut nécessaire d'élargir la plaie pour pénétrer jusqu'au tronc de l'artère carotide, et en conséquence une incision ayant été faite entre ce vaisseau et la trachée, dans une direction parallèle à chacune de ces parties, M. Abernethy passa le doigt indicateur au-dessous du tronc de la carotide, et en la comprimant entre ce doigt et le pouce, il arrêta efficacement l'hémorragie. La pression ayant été suspendue, il sortit un torrent de sang du fond de la plaie; on passa donc une ligature autour de la ca-

rotide, à un pouce au-dessous de sa division, qui arrêta l'écoulement du sang. La ligature fut serrée, et les bords de la plaie rapprochés au moyen des bandelettes agglutinatives. Cinq heures environ après l'accident, l'état du malade semblait beaucoup amélioré; le pouls n'était pas très-fréquent, et sa force, ainsi que sa plénitude, étaient modérées. Le blessé était tranquille, et paraissait jouir de la plénitude de sa raison; cependant il eut dans la nuit de l'inquiétude, de la fièvre et du délire. A diverses reprises, de légères convulsions qui augmentèrent d'intensité, se manifestèrent; le pouls devint dur, et offrait cent trente pulsations par minute. La peau était chaude, et le blessé semblait indifférent aux objets extérieurs. Les convulsions parurent adoucies par l'usage de l'opium; mais la force du pouls diminua graduellement; et, à la suite d'une convulsion très-forte, le blessé mourut trente heures après la ligature de l'artère carotide.

Le corps fut examiné le lendemain; le cerveau parut avoir éprouvé une inflammation très-intense; les vaisseaux de la pie-mère semblaient avoir été injectés, et dans plusieurs endroits, à la surface des circonvolutions de l'encéphale, on aurait pu croire, d'après les apparences, à l'existence d'un épanchement san-

guin, qu'on nomme, en langage vulgaire, *coup de sang*. Un amas très-considérable de matière gélatineuse avait eu lieu entre la pie-mère et l'arachnoïde; les vaisseaux qui se distribuent à la substance même du cerveau, quoique plus pleins que de coutume, n'étaient pas cependant particulièrement engorgés. Un fluide aqueux, très-abondant, d'une couleur brunâtre et un peu troublé, se trouvait épanché dans les ventricules, et la consistance des parois de ces cavités indiquait suffisamment que cette collection n'avait pas précédé l'accident. En examinant le cou, on découvrit que l'artère carotide avait seule été comprise dans la ligature. L'artère thyroïdienne supérieure, la linguale et les branches faciales de la carotide externe avaient été séparées du tronc, et l'on voyait la carotide interne déchirée en travers, comme on l'a déjà dit. Le nerf de la huitième paire, le grand sympathique, et les nerfs de la langue ne paraissaient avoir souffert aucune lésion. Le nerf laryngé supérieur et la branche descendante de la neuvième paire, étaient ceux qui avaient été intéressés dans l'accident (1).

J'ai offert précédemment quelques observa-

(1) *Surgical observations, on injuries of the head*, p. 115, deuxième édition.

tions sur la manière dont se fait la circulation du sang dans l'encéphale après l'oblitération de l'une des artères carotides (1). La transmission du sang au cerveau, par quatre grosses artères, paraît, dans l'état naturel, assurer à cet organe important une double circulation ; de sorte que lorsqu'une de ses principales artères est oblitérée, l'encéphale n'en reçoit pas moins, par les trois autres, la quantité de sang nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

La circulation collatérale dans l'intérieur du crâne a été ménagée avec soin par les larges communications des troncs artériels, ainsi que par l'intervention des ramifications d'anastomoses les plus ténues. Le cerveau, pourvu ainsi d'une double circulation, n'éprouve pas même une interruption momentanée dans l'abord du sang, après l'oblitération d'une ou de plusieurs de ses artères principales. Cette disposition était d'autant plus nécessaire, que les vaisseaux de cet organe ne sont pas susceptibles de la plus légère dilatation, à cause de leur passage dans des canaux osseux, et qu'en outre il résulterait probablement des effets nuisibles pour le cerveau, s'il y avait une dilatation dans ses branches artérielles les plus déliées. Il est vrai que lorsqu'une des artères

(1) Pag. 330 et 331, 1re partie.

carotides est oblitérée, les branches d'anastomoses entre les deux carotides et les artères souclavières transmettent une certaine quantité de sang dans la portion supérieure du vaisseau obstrué, avant son entrée dans le crâne ; mais d'après l'expérience dont j'ai déjà parlé (1), la réunion de ces branches d'anastomoses n'égalant pas le calibre de l'une des artères carotides dans son état naturel, je suis porté à croire que le cerveau ne pourrait pas supporter la privation soudaine d'une aussi grande quantité de sang, si dans le cours ordinaire de ce liquide il n'en recevait pas plus qu'il ne lui en faut pour l'accomplissement de ses fonctions. Il est donc probable que la circulation collatérale existe originellement dans le cerveau ; en sorte que lorsqu'une de ses artères principales est liée, il n'en reçoit pas moins une quantité suffisante de sang par les autres branches artérielles, sans avoir besoin de ces changemens qui surviennent dans le diamètre des petites ramifications, après la ligature d'une artère appartenant à toute autre partie du corps.

Cette opinion est grandement fortifiée par le fait intéressant que j'ai extrait des ouvrages de Haller, et que j'ai rapporté précédemment (2). Non-seulement l'artère carotide commune

(1) Pag. 332 et 333, 1re partie.

(2) Pag. 1re, 2me partie.

était oblitérée, mais un caillot intimément adhérent à la membrane interne du vaisseau, s'étendait dans la carotide externe et remplissait complètement le tronc contracté de la carotide interne, jusqu'à l'entrée de ce vaisseau dans le canal de la portion pierreuse du temporal. Dans cette circonstance, le cerveau ne devait recevoir du sang que de trois artères; car, quoiqu'un filet de ce fluide pût se rendre par les branches d'anastomoses dans la carotide externe au-dessus du point de son oblitération, il n'en pouvait pas davantage traverser la carotide interne dans l'intérieur du crâne. Haller ne dit pas si l'autre carotide et les artères vertébrales étaient plus grosses qu'à l'ordinaire.

La ligature de l'artère carotide se fait de la manière suivante:

Le malade étant placé sur une table dans une position horizontale, la tête légèrement élevée par un oreiller, l'opérateur commence une incision de deux pouces et demi de longueur, dans la direction du bord interne du muscle sterno-mastoïdien, et la termine à un pouce au-dessus de l'extrémité sternale de la clavicule. Les fibres du muscle sterno-mastoïdien étant mises à nu, on soulève son bord en divisant le tissu cellulaire lâche qui l'unit au muscle sterno-hyoïdien. Les muscles sterno-mastoïdien et sterno-hyoïdien étant écartés, on aperçoit,

à la partie supérieure de l'incision l'omo-hyoïdien qui croise la gaîne des vaisseaux situés au fond de la plaie. La branche descendante de la neuvième paire de nerfs se montre aussi quelquefois sur cette enveloppe des vaisseaux. On voit également d'une manière distincte la pulsation de l'artère carotide, la dilatation et le colapsus alternatifs de la veine jugulaire. Un aide doit alors comprimer cette veine en plaçant son doigt au-dessus de l'extrémité supérieure de l'incision, de manière à y empêcher le passage du sang, et à produire l'affaissement de la gaîne des vaisseaux (1). Avec une paire de pinces, l'opérateur saisit une petite portion de cette enveloppe cellulaire des vaisseaux, et portant le tranchant de son instrument dans une direction horizontale, comme pour ouvrir un sac her-

(1) Dans deux circonstances où j'ai vu faire cette opération, la seule difficulté qu'on y rencontra fut due à la dilatation et à la contraction alternatives de la veine jugulaire, qui, dans ce premier état, s'étendait sur la carotide et la cachait complètement. Dans une de ces opérations, la compression, que j'ai recommandée, de la veine jugulaire au-dessus de l'incision mit l'opérateur à même d'ouvrir avec facilité la gaîne des vaisseaux ; dans la seconde, le chirurgien comprima et maintint de côté la veine jugulaire avec les doigts de sa main gauche.

niaire, il fait une petite incision à cette gaîne membraneuse immédiatement sur l'artère carotide. Cette ouverture peut être élargie de manière à admettre la pointe d'une aiguille à anévrisme qu'on insinue entre l'artère et la veine. Par une pression convenable, dirigée en avant et dans le point de contact de la veine et de l'artère, qui doit être fixée par l'indicateur de la main gauche de l'opérateur, et en remuant l'instrument tantôt en haut et tantôt en bas, on le fera pénétrer du côté trachéal de la carotide. En retenant l'aiguille à anévrisme en contact avec l'artère, l'opérateur évitera de comprendre dans la ligature la paire vague qui est située derrière et entre les deux vaisseaux. Le lien (1) étant passé sous l'artère, on retire l'aiguille à anévrisme. La ligature doit être fortement assujettie par

(1) Si l'artère est isolée des parties environnantes dans une plus grande étendue qu'il n'est utile pour le simple passage de l'aiguille à anévrisme au-dessous d'elle, on lui appliquera deux ligatures par les raisons que j'ai déjà données; mais il sera prudent de ne pas diviser le vaisseau dans l'intervalle. En effet, suppposez qu'une ligature appliquée à une artère, à la partie inférieure du cou, vienne à se détacher par une cause quelconque, il sera extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, d'assujettir de nouveau le vaisseau, ou de se

deux nœuds ordinaires, et ramenée en dehors de la plaie, immédiatement vis-à-vis de l'endroit où elle est placée sur l artère. Les bords de l'incision ne seront maintenus en contact

---

rendre maître de l'hémorragie. Si la dénudation de l'artère ne suffit qu'au passage seulement de l'aiguille à anévrisme au-dessous d'elle, on pourra, je crois, être tranquille avec une seule ligature. Dans trois des cas où l'artère carotide a été liée, et où les ligatures se sont détachées sans accident, deux ligatures avaient été appliquées, mais le vaisseau n'avait pas été divisé dans l'intervalle. Une seule fois, M. Astley Cooper divisa le vaisseau; le malade se rétablit. Pour la ligature de l'anévrisme de la carotide, comme pour la plupart des autres opérations de l'anévrisme, le chirurgien trouvera de l'avantage à employer une aiguille d'une courbure plus étroite que celle qu'on donne ordinairement à cet instrument. Afin de remédier à la difficulté de passer une aiguille à anévrisme commune autour d'une artère, dans une plaie profonde et peu large, M. Abernethy a recommandé l'emploi d'aiguilles à manche d'argent pur, par conséquent flexible, et terminées par des pointes d'acier assez tranchantes pour traverser le tissu cellulaire, mais pas assez pour léser aucune des parties importantes contiguës à celles qu'on leur fait embrasser. Lorsque les pointes de ces instrumens sont une fois passées au-dessous du vaisseau, le chirurgien peut ployer leurs manches de manière à les accommoder à l'espace dans lequel ils ont à tourner. (ABERNETHY, *Surgical Observations on aneurisms*, p. 243, 2ᵉ édit.)

que par des bandelettes d'emplâtre agglutinatif.

Le malade sera mis dans son lit, la tête légèrement élevée et inclinée vers le sternum, de manière à placer l'artère dans le relâchement le plus complet. La tête peut être assujettie dans cette position par un bandage qui, l'embrassant, irait passer sous les aisselles. La plaie ne sera pansée que le quatrième ou le cinquième jour, et l'on évitera avec soin tout ce qui produirait une irritation générale ou locale.

Observation sur un anévrisme de l'artère carotide (1).

L'observation suivante est extraite du Journal de Médecine et de Chirurgie de la Nouvelle-Angleterre (2). Le docteur Post, chirurgien distingué de New-Yorck, a récemment pratiqué avec succès l'opération de l'anévrisme sur l'artère carotide. La tumeur, située immédiatement au-dessous de l'angle de la machoire, avait six pouces de longueur et

(1) Cette observation est placée dans l'appendix de l'ouvrage de M. Hodgson. (*Note du traducteur.*)

(2) Vol. III, p. 215, publié à Boston, en avril 1814.

quatre de largeur. Une incision de trois pouces fut faite entre la tumeur et la clavicule. Les muscles étant disséqués et la gaîne des vaisseaux ouverte, on sépara l'artère de la veine et de la paire vague. Deux ligatures furent engagées sous l'artère à trois quarts de pouce l'une de l'autre, et après les avoir serrées, on divisa le vaisseau dans l'intervalle. On passa une aiguille au-dessous de l'extrémité divisée de la portion inférieure, et l'on mit une ligature sur le bout du vaisseau. Aussitôt après l'application du premier lien, la pulsation cessa dans la tumeur. Le malade ressentit peu de douleur le jour même de l'opération; ensuite il fut attaqué d'une toux violente, comme le premier malade de M. Cooper. Les ligatures se détachèrent le dix-huitième jour. La tumeur diminua graduellement. La guérison fut retardée par la formation d'un sinus au cou; mais enfin le malade fut totalement rétabli quatre mois environ après l'opération (1).

---

(1) Il paraît certain que les anciens connaissaient les anévrismes des carotides; mais ils n'ont rien laissé sur les opérations que peut nécessiter leur traitement. Paul Barbette dit que le cou est une partie très-fréquemment affectée, et que presque toujours il doit ses nombreuses

maladies à l'altération des artères carotides (*a*). Il assure avoir observé la même chose aux genoux et aux bras.

Si les anciens ont peu parlé des anévrismes des carotides, ils ont cependant connu la possibilité et l'innocuité de la ligature de ces vaisseaux. On trouve dans les ouvrages de Galien des passages qui ne laissent pas de doute à cet égard.

Plusieurs chirurgiens militaires, anciens ou modernes, font mention de blessures par armes blanches ou par armes à feu des artères carotides ; mais ils s'expriment si vaguement ou en termes si obscurs qu'on ne peut presque rien retirer de leurs écrits.

Acrel rapporte que, dans un cas de lésion de l'artère carotide par un coup de feu, il fit une compression sur le vaisseau et sauva la vie au blessé.

Van Horne (*b*), dans ses notes sur l'ouvrage de Botal, raconte un fait semblable (*c*).

(*a*) *Pars affecta sæpissime, imo fere semper ob arterias carotides, collum est ; observavi tamen illud in genubus et brachiis.* Oper. Med. et Chir. Lib. II, cap. III.

(*b*) *De Vulneribus sclopetis.*

(*c*) M. Larrey nous a donné l'histoire de la blessure qu'un officier français reçut devant la ville de Saint-Jean d'Acre, dont nos troupes faisaient le siége *. Une balle vint ouvrir l'artère carotide de M. Arrighi, qui dut la vie à la compression qu'un soldat exerça de suite sur le vaisseau en portant la main dans la plaie. M. Larrey fit peu après un bandage compressif. Ce fait m'a été raconté par M. Pélissier, un de nos plus braves militaires, couvert d'honorables cicatrices ; il est aujourd'hui retiré en Auvergne, sa patrie. Cet officier servait comme canonnier en Egypte, et ce fut lui qui arrêta le sang qui sortait en abondance de la plaie de M. Arrighi, maintenant duc

* Mémoires de Chirurgie militaire et Campagnes du baron Larrey, t. I, p. 309.

Hébenstreit, dans les notes qu'il a ajoutées à sa traduc-

de Padoue. La force de l'hémorragie fit présumer que l'artère carotide externe se trouvait atteinte par la balle. Cet officier, dépourvu de connaissances anatomiques, n'a pu me donner aucun renseignement sur ce point; mais M. Larrey ne paraît pas avoir de doute sur la nature de la blessure. Il a tout récemment publié une observation analogue. « A mon passage à Bruxelles, j'eus l'occasion de voir un jeune soldat anglais qui avait reçu une blessure semblable à celle de l'aide-de-camp Arrighi, avec cette différence seulement que, chez l'Anglais, la plaie était au côté gauche de la face, et que la carotide externe n'avait pas été entièrement coupée comme chez M. Arrighi : aussi, chez le premier, l'hémorragie reparut-elle à la levée de l'appareil. Le chirurgien anglais s'empressa de mettre la carotide primitive à découvert et l'embrassa par deux ligatures très-serrées : à leur chute, les bords de la plaie furent rapprochés; la cicatrice s'en obtint promptement, et ce blessé se trouva guéri peu de jours après. Il n'y avait point de pulsations dans l'artère temporale; et comme le tronc du nerf facial avait été détruit par la balle, ainsi que chez M. Arrighi, les mouvemens des muscles de la face de ce côté et la sensibilité animale étaient éteints * ».

Peu avant la prise de Paris en 1814, deux opérations de ligatures des artères carotides ont été faites dans deux hôpitaux de cette capitale par les chirurgiens de ces maisons; mais le succès n'a pas répondu à leur attente et à l'habileté avec laquelle ces opérations ont été pratiquées. L'encombrement des hôpitaux, l'épidémie contagieuse qui y régnait, l'état de faiblesse et d'épuisement dans lequel se trouvaient les blessés lors de leur réception dans ces asiles, les hémorragies plus ou moins nombreuses et abondantes qu'avaient éprouvées les malades pendant leur transport, donnent sans doute une raison suffisante de cette non réussite.

Ives le Borgne, âgé de quarante-deux ans, sous-lieutenant au premier régiment du corps impérial d'artillerie de marine, reçut à l'affaire de Brienne, le 2 février 1814, un coup de feu à la

* Mémoires de Chirurgie militaire, etc., t. IV, p. 323.

tion de la chirurgie de Benjamin Bell, rapporte une ob-

joue droite; la balle, après avoir pénétré au-dessous de l'os malaire, vint sortir au niveau de l'apophyse mastoïde du même côté. Le malade, renversé par le coup, resta pendant quelque temps sans connaissance; revenu à lui, il fut transporté à une ambulance où un premier appareil fut posé et servit à arrêter le sang; de là le malade fut évacué d'un hôpital sur un autre, et arriva enfin à l'Hôtel-Dieu, où il entra le 11 février 1814, dans l'état suivant : la face était rouge, tuméfiée; tout le trajet que la balle avait parcouru était enflammé; le pouls était assez développé, la respiration libre, le mal de tête modéré, la langue blanchâtre, et le malade conservait assez d'appétit. Un cataplasme émollient fut appliqué sur la joue; des lavemens et des bains de pieds furent prescrits. On se contenta de le nourrir avec du bouillon et des soupes. Ce traitement fut continué pendant trois jours, époque à laquelle les escarres commencèrent à se détacher. On pansa alors la plaie avec un digestif animé d'essence de térébenthine. Le 17, plusieurs morceaux d'escarres étant tombés, une hémorragie survint; elle fut arrêtée au moyen d'un bandage un peu serré. Le 18 et le 19, l'hémorragie se renouvela et fut encore arrêtée par le même moyen. Le 20, elle se manifesta de nouveau, mais avec plus de force que les jours précédens : il fallut tamponner la plaie avec de la charpie et exercer une forte constriction avec une bande appliquée autour de la tête et du col, ce qui gêna un peu la respiration. Le 21, le visage était œdémateux, la respiration gênée, le pouls faible; on laissa le malade dans cet état. Le 22, l'hémorragie se renouvela deux fois; il fallut lever et réappliquer l'appareil La plaie de la joue avait un mauvais aspect; elle était noirâtre, livide, remplie de caillot; elle ne fournissait plus de pus; le malade s'affaiblissait de plus en plus; le visage était fortement œdémateux, le pouls très-faible et la respiration difficile. Le 24, il survint une septième hémorragie. Le malade paraissant n'avoir plus que quelques instans à vivre si on ne recourait promptement à un moyen énergique, M. Dupuytren se décida à pratiquer la ligature de la caro-

servation de lésion de l'artère carotide interne produite

tide primitive, et l'exécuta de la manière suivante : Le malade, placé sur son lit, la tête appuyée et élevée par des oreillers et couchée sur son côté gauche, l'opérateur fit une incision oblique de bas en haut, de dedans en dehors, sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien ; il divisa le tissu cellulaire sous-cutané, le muscle peaucier ; il fit porter le muscle sterno-mastoïdien en dehors, et l'assujettit dans cette position par le doigt d'un aide ; il dirigea lui-même en dedans et à gauche le larynx, et continua de détruire le tissu cellulaire qui unissait ces parties, avec la pointe mousse d'une sonde cannelée. Lorsqu'il fut parvenu au faisceau nerveux et vasculaire formé par l'artère carotide, la veine jugulaire interne, le nerf pneumo-gastrique et la partie supérieure du trisplanchnique, il porta son doigt au fond de la plaie pour s'assurer d'une manière positive de la situation de l'artère. Elle fut trouvée à la partie interne du faisceau vasculaire. Il s'agissait de l'isoler des parties voisines avec lesquelles elle était unie par un tissu cellulaire lâche, infiltré de sérosité, mais non enflammé. On était arrivé au point le plus important, le plus délicat de l'opération, celui qui offrit aussi le plus de difficulté. Comme le doigt de l'aide qui portait en dehors le muscle sterno-mastoïdien gênait les mouvemens de l'opérateur et s'opposait à ce qu'on vît distinctement les objets placés dans le fond de la plaie, il fut remplacé par une sonde cannelée très-forte qui, courbée à angle droit, forma un crochet au moyen duquel on put facilement porter le muscle en dehors. M. Dupuytren se servit encore d'une sonde cannelée mousse pour isoler l'artère. Lorsque cela fut fait, il en introduisit une autre au-dessous du vaisseau, le souleva et s'assura qu'il était seul au-devant de l'instrument. Alors il porta, à la faveur de la cannelure de cette sonde, un long stilet aiguillé et garni d'un double ruban, au-dessous de l'artère carotide; ce vaisseau embrassé par l'anse de fil, l'opération se trouva presque terminée. Le doigt indicateur de la main gauche fut posé sur l'artère soulevée de la main droite par l'anse de fil; une pression assez forte fut exercée par ce doigt pour s'assurer

par le bistouri d'un chirurgien qui enlevait une tumeur

que le nerf pneumo-gastrique n'était point compris dans la ligature : alors on la serra modérément; mais au moment où la constriction fut exercée, le malade poussa un cri, exécuta de légers mouvemens qui parurent convulsifs; la respiration, qui jusqu'alors avait été stertoreuse, fut suspendue, et tout fit craindre que le malade n'eût cessé d'exister. Cependant de légères frictions pratiquées sur la région du cœur ranimèrent bientôt les mouvemens de cet organe: la respiration se rétablit, mais beaucoup plus libre qu'elle ne l'était avant l'opération, et le malade, que nous avions cru mort, fut promptement rappelé à la vie. La ligature d'attente, placée au-dessous de celle qui avait été serrée, fut couchée vers l'angle inférieur de la plaie et enveloppée dans un petit linge; l'autre portée vers l'angle supérieur, et enveloppée pareillement; un plumasseau de charpie molle fut posé sur la plaie récente qu'on ne chercha pas à réunir. Les plaies produites par le coup de feu furent débarrassées des caillots qu'elles contenaient, lavées avec une forte décoction de quinquina animée d'eau-de-vie camphrée, et couvertes, ainsi que les parties voisines qui étaient gangrenées, de compresses imbibées de la même décoction. On mit le malade à l'usage du vin et d'un régime fortifiant. Le 23 février, à six heures du soir, il avait toute sa connaissance, et répondait exactement à toutes les questions qui lui étaient adressées; il assurait se trouver mieux, ne se plaignait que de la plaie primitive, et ne pouvait rendre compte de l'espèce de changement qu'il disait s'être opéré en lui depuis le moment de l'opération; la respiration était libre, et non stertoreuse comme elle l'était auparavant; le pouls, très-accéléré, n'avait pas de consistance; il s'effaçait aisément sous la pression du doigt. La langue commençait à se sécher. On prescrivit une limonade vineuse et le vin de quinquina. La nuit fut bonne, l'hémorragie ne reparut point, et le malade goûta à plusieurs reprises les douceurs du sommeil.

Le lendemain de l'opération, 24 février, l'état du malade n'avait d'alarmant que la grande faiblesse où l'avait jeté les hémor-

squirrheuse. La perte énorme de sang qui suivit cette

ragies ; la plaie de la joue était gangreneuse à sa surface ; quelques lambeaux semblaient vouloir se détacher, et furent enlevés avec des pinces et des ciseaux ; l'œdême de la face avait diminué. Du reste, même état de faiblesse et d'accélération du pouls, de sécheresse de la langue et d'intégrité des fonctions intellectuelles ; la respiration était moins libre, la toux et l'expectoration paraissaient être plus difficiles. (Looch blanc, limonade vineuse, vin de quinquina.)

La journée se passe sans accident ; la nuit, le délire se manifeste ; le malade dit qu'il a bien dormi ; il avait enlevé toutes les pièces d'appareil, sans toucher aux ligatures.

Le troisième jour de l'opération, 25 février, l'adynamie semble augmenter ; la langue devient plus sèche, la respiration est plus libre et l'expectoration plus facile que la veille ; la plaie gangreneuse est pansée avec un plumasseau de charpie recouvert de digestif ; l'autre plaie est pansée à plat. (Même prescription.)

Pendant la journée, le malade se plaint de son ancienne plaie, dit que les douleurs sont très-vives lorsqu'il est forcé d'avaler.

La nuit fut assez tranquille ; la difficulté de la déglutition augmenta.

Le quatrième jour, 26 février, l'état adynamique fait des progrès ; le malade est plus absorbé que la veille ; mais il répond encore aux questions qu'on lui adresse ; le pouls est toujours accéléré et faible. (Même pansement, même prescription, moins le looch.) Le soir, le malade est pris d'un léger délire qui augmente pendant la nuit ; il appelle à plusieurs reprises un de ses compagnons d'armes.

Le cinquième jour, 27 février, la faiblesse augmente, la langue est brune, le pouls petit, fréquent ; la déglutition douloureuse et difficile ; les fonctions intellectuelles ne s'exécutent que difficilement. Le malade est dans un délire continuel. (Même prescription.)

Le soir, le délire augmente ; le malade ne connaît personne ; il commande différentes manœuvres militaires ; il cherche à plusieurs reprises à se débarrasser des pièces d'appareil ; le pouls de

blessure du vaisseau aurait infailliblement et en peu de

vient intermittent; la respiration stertoreuse, et la mort arrive le sixième jour de l'opération, 28 février, à cinq heures du matin, vingt-six jours après la blessure.

Ouverture du cadavre.

1°. Toutes les parties comprises dans l'incision étaient dans cet état inflammatoire qui confond presque tous les tissus, augmente leur densité et diminue leur résistance;

2°. La ligature n'embrassait que la carotide et quelques fibres du muscle sterno-thyroïdien; il n'y avait ni sang ni caillot dans l'intérieur de l'artère; le point lié était froncé, et avait contracté un rétrécissement tel qu'il nous a été impossible de lui rendre son premier calibre sans le déchirer;

3°. La veine jugulaire interne, parfaitement isolée, se trouvait en dehors de la carotide;

4°. Les nerfs pneumo-gastrique et trisplanchnique, loin d'avoir été compris dans la ligature, étaient hors de la sphère d'inflammation;

5°. Il n'y avait d'intéressés que les tégumens, le muscle peaucier, le tissu cellulaire, et l'anse nerveuse que forme la branche descendante du grand hypoglosse pour s'anastomoser avec les rameaux antérieurs des deux premières paires cervicales;

6°. La plaie produite par la balle, gangreneuse à sa surface, avait détruit presque en entier la parotide; la branche de la mâchoire était fortement échancrée à son bord postérieur; le condyle et son col, l'apophyse coronoïde, étaient isolés du reste de la branche de l'os, qui était dépouillée de parties molles; les muscles masseter et ptérygoïdien interne étaient détruits, réduits en une espèce de putrilage noirâtre.

La carotide externe était coupée au-dessus de l'origine de la branche occipitale; l'ouverture béante de cette artère ne laissait d'autre moyen d'arrêter l'hémorragie que la ligature qui a été faite. Malheureusement elle a été pratiquée trop tard.

« Un sujet de vingt ans, d'une bonne constitution, reçut un

minutes enlevé le malade, si l'opérateur, conservant sa

coup de feu à la bataille de Paris en 1814. La balle pénétra derrière l'apophyse mastoïde, et vint sortir sous l'os de la pommette du même côté. Six jours après la blessure, hémorragie considérable et artérielle par les deux orifices de la plaie : le tamponnement l'arrêta. Au bout de six à huit heures, l'hémorragie se renouvela : nouveau tamponnement. L'effusion du sang est encore suspendue pour quelque temps, et se reproduit ensuite avec plus de violence. Le sujet se trouvant très-affaibli, MM. Lallement, Murat, Baron et Marjolin convinrent qu'il ne restait qu'une seule ressource, celle de faire la ligature de l'artère carotide primitive. On pratiqua cette opération à huit heures du matin. Le malade passa la journée et une partie de la nuit très-tranquillement, sans éprouver le moindre accident. Le lendemain, à six heures du matin, l'hémorragie eut lieu de nouveau par la plaie faite par la balle; on ne put l'arrêter par le tamponnement, et le blessé mourut. On fit l'examen du cadavre. La ligature appliquée sur la carotide se trouvait dans l'état où elle était immédiatement après l'opération. L'artère paraissait rétrécie entre cette ligature et le cœur, et contenait une petite quantité de sang coagulé. La portion d'artère située au-dessus de la ligature paraissait au contraire plus grosse que dans l'état naturel. Les veines du cœur étaient affaissées. Le tronc des artères carotides externe et interne, et la veine jugulaire étaient intacts. La balle avait passé dans les parties internes de l'apophyse mastoïde, et avait déchiré l'artère et la veine occipitales. Les vaisseaux du cerveau étaient vides de sang; la substance de cet organe n'offrait aucune altération. »

« Une hémorragie violente s'étant déclarée au cou d'un soldat, après la chute d'une escarre survenue à la suite d'une blessure d'arme à feu, M. Giroux, l'attribuant à une blessure d'une division de la carotide, lia le tronc principal. Les quatre premiers jours, le malade était en bon état, excepté un peu de faiblesse. Le cinquième jour, céphalalgie sus-orbitaire, léger trouble des facultés intellectuelles, la plaie blafarde et la suppuration séreuse. Le septième, stupeur, dérangement des idées, accès de fièvre violent.

présence d'esprit, n'eût fait la ligature de l'artère. Le succès récompensa son heureuse hardiesse, et le malade vécut plusieurs années après cet accident.

Harder (*a*) parle d'un anévrisme de l'artère carotide externe, qu'on chercha à guérir en ouvrant la tumeur. Le malade périt d'hémorragie au milieu de l'opération.

Rumler (*b*) nous a transmis l'histoire d'une rupture de l'artère carotide gauche, chez un homme qui, portant un lourd fardeau, voulut fléchir trop fortement la tête et le cou.

On trouve dans les Opuscules pathologiques de Haller, et dans la Collection des observations des médecins de Londres (*c*), quelques histoires d'anévrismes des carotides; mais ces faits sont pour la plupart tronqués et incomplètement décrits.

Il n'en est pas de même de l'observation publiée par le célèbre Antoine Petit (*d*); l'anévrisme dont il parle se

Le huitième, perte considérable de sang, qui suinte de toute la surface de la plaie, mais qu'on parvint à arrêter. Même accès de fièvre; le froid dure plus de deux heures. Le malade meurt le neuvième jour. L'ouverture du crâne fit voir du sang caillé à la base de cette cavité, et comme renfermé dans une membrane * ».

(*a*) J. J. Harder, *Apiarium observationum medicis et physicis experimentis illustratum*, obs. 86. *Basileæ*, 1687.

(*b*) Walchii, *Curat. et consilia*, obs 81.

(*c*) *Medical Observations and inquiries*, vol. vi, art. 4.

(*d*) Mémoires de l'Académie des Sciences, année 1765. Cette observation est rapportée en entier par M. John Bell, *Principles of surgery*, *Discourse* vii, *of Salivary tumors*, vol. iii, p. 252; et par M. J. Vose, *Disputatio pathologica de Arteriæ carotidis aneurismate. Edinburgi*, 1809.

* Dissert. sur l'Anévrisme de l'artère carotide primitive ou tronc céphalique, par P. J. Vanderhagen. Paris, 1815.

guérit spontanément, et à la mort du sujet, produite par une attaque d'apoplexie, plusieurs années après la guérison de l'anévrisme, on trouva l'artère carotide oblitérée depuis son origine jusqu'à la tumeur qui existait vers la bifurcation du tronc en carotides interne et externe.

Tous ces faits bien connus d'oblitération des artères carotides, dans quelques cas de rupture de la tumeur anévrismale, et presque toujours la certitude de la mort du sujet si l'on ne recourait pas à une opération; les expériences tentées sur les animaux par Galien, Valsalva, Morgagni, ainsi que par Maunoir et plusieurs autres physiologistes modernes; la recommandation formelle de Van-Swiéten de lier l'artère carotide dans les anévrismes faux, n'avaient point encore pu décider les chirurgiens à établir en principe la ligature des carotides comme ils l'avaient fait pour les vaisseaux des membres. Cependant le passage de Van-Swiéten ne laisse aucun doute sur ce point. Il dit « qu'on ne risque rien à faire la ligature d'une artère carotide, parce qu'une quantité suffisante de sang peut être portée à la tête par l'autre et par les artères vertébrales. Je liai les deux carotides à un chien auquel j'avais coupé auparavant les nerfs récurrens, et je ne remarquai pas qu'il en eût souffert aucun dérangement; car, après huit jours, je trouvai l'animal vigoureux et alerte: je lui liai alors les veines jugulaires: il n'en résulta encore aucun mal remarquable. Quatre jours après, le chien était en très-bonne santé. J'examinai alors les ligatures que j'avais faites aux carotides; je vis qu'elles étaient bien serrées et fermes; un thrombus fort épais et compact se trouvait placé entre la ligature et le cœur. A l'ouverture du crâne, rien ne

parut changé dans le cerveau : au contraire, son volume semblait être plutôt augmenté que diminué (*a*).

Les mêmes expériences ont été faites sur un renard par M. Maunoir de Genève, et il a obtenu des résultats semblables (*b*). Moi-même j'ai lié un grand nombre de fois, sur des chiens et des chevaux, les carotides : ces animaux n'ont éprouvé que très-peu de trouble dans leurs fonctions.

Van-Swiéten insiste sur un point très-important : il dit qu'il faut chercher avec soin les deux bouts de la carotide coupée, et les ayant trouvés, les lier : il ne suffit pas même d'avoir lié celui qui est le plus proche du cœur, car le sang continuerait à venir par l'autre, parce que les carotides sont jointes entre elles, et avec les artères vertébrales, par d'assez grandes ramifications sous la base du cerveau (*c*). » C'est peut-être

(*a*) *Præterea impune videtur ligari posse carotis arteria, cum per alteram et vertebrales arterias sanguinis idonea copia ad caput deduci possit. In cane, cui ante octiduum abscideram nervos recurrentes, ligavi utramque carotidem, nec potui observare illum aliquid mali inde pati : inveni enim hoc animal post alios octo dies elapsos vegetum et alacre. Ligavi tunc venas jugulares sine ullo observabili malo. Examinans tunc ligaturas carotidibus injectas, inveni illas firmissime hærere, et thrombum valde densum et compactum hærere inter ligaturam et cor. Aperto cranio in cerebro nihil mutatum apparebat, imo cerebri volumen patuit auctum quam minutum apparebat.* (Van-Swieten, *Commentaria in H. Boerh.*, t. 1, § 170, p. 266, *Lugd.-Batav.*)

(*b*) Mémoires physiolog. et pratiques sur l'Anévrisme et la ligature des artères. *Genève*, 1802.

(*c*) *His factis deberet utrumque, extremum carotidis discissæ investigari, et inventum deinde ligari. Non sufficit enim ligasse arteriæ illam partem, quæ cordi propior est ; pergeret enim sanguis effluere per alterum arteriæ discissæ extremum, quia ca-*

parce qu'on n'a pas tenu cette conduite dans les opérations de ligatures de la carotide que nous avons rapportées, qu'elles ont été suivies d'hémorragies funestes.

En vain le célèbre Haller avait observé une oblitération spontanée de l'artère carotide (*a*); il vit périr dans une autre circonstance un homme atteint d'un anévrisme de la carotide, et que la ligature de ce vaisseau aurait peut-être pu sauver (*b*). En vain également (*c*) A. Petit (*d*), MM. Baillie (*e*) et Pelletan (*f*) ont publié des observations d'oblitération de ce tronc vasculaire.

Le célèbre Scarpa n'a consacré que très-peu de pages de son bel ouvrage à l'histoire de l'anévrisme de la carotide; il rapporte deux principales observations : 1° celle d'un militaire qui fut précipité avec son cheval du haut des murs de Mantoue, et qui souffrit une violente torsion du cou, d'où résulta une tumeur anévrismale vers l'angle de la mâchoire : elle était grosse comme le poing, et battait avec une grande véhémence; 2° celle de Lucrèce Boffeti. Dans le premier cas, il vit la maladie, l'examina et ne songea point à l'opération. Le malheureux malade

rotides sub basi cerebri cum se invicem et cum vertebralibus arteriis, magnis satis ramis emissis, junguntur. VAN-SWIETEN, t. I, § 270, p. 267.

(*a*) *Observ.* XXIII. *Carotis arteria et vena exsecatæ*, p. 301, *Opusc. pathol.*, t. III.

(*b*) *Observ.* VI. *Aneurysma carotidis*, *Opusc. pathol*, p. 285. *Lausannæ*, 1768.

(*c*) Pages 2, 4, 6 de la seconde partie.

(*d*) Mémoires de l'Académie des Sciences, année 1765.

(*e*) *Transactions of a Society for the improvement of medical and chirurgical knowledge*, vol. I, p. 121.

(*f*) Clinique chirurgicale, t. I, p. 68.

se mit entre les mains d'un charlatan qui le fit périr en prenant la tumeur pour un abcès et y portant le bistouri (*a*). Pour le second cas, on se contenta de faire quelques saignées qui n'empêchèrent point la maladie de croître, et la poche anévrismale de se déchirer, d'où s'ensuivit la mort de la malade.

Dans un mémoire publié récemment, le savant professeur de Pavie déclare qu'il admet sans aucun doute la possibilité de guérir l'anévrisme de la carotide, au moyen de la ligature du tronc de cette artère, dans l'intervalle qui existe de la tumeur à l'extrémité du sternum. Il cite les observations d'Abernethy, de Cooper, etc., et il va jusqu'à donner la description du manuel opératoire (*b*).

Cependant le mode de circulation du sang dans la cavité du crâne, les nombreux troncs vasculaires qui s'y rendent, leurs fréquentes anastomoses, l'oblitération spontanée de quelques-uns de ces troncs, sans que les fonctions cérébrales parussent en souffrir, devaient amener à penser que, dans un cas d'anévrisme d'une artère carotide, on pourrait espérer de guérir la maladie en interceptant, par une ligature sur le vaisseau, tout abord du sang dans la tumeur. Cette opération n'a été faite que très-tard, et il n'y a que très-peu d'années, si nous en exceptons le cas rapporté par Hébenstreit, qu'elle a

(*a*) *Dopo sei mesi ebbi contezza, che questo infelice aveva perduto la vita fra le mani d'un ignorante ciarlatano, che gli aveva aperto il tumore creduto un ascesso.* SCARPA, *sull' Aneurisma, etc.*

(*b*) *Memoria sulla legatura delle principali arterie degli arti con una Appendice all' Opera sull' Aneurisma di Antonio Scarpa*, p. 126, § 24. *Pavia*, 1817.

été pratiquée de manière à devenir une règle de conduite pour le praticien dans le traitement des anévrismes. Sous ce rapport, toute la gloire appartient à M. Astley Cooper, car l'opération faite par M. Abernethy dépendit de la gravité de la circonstance.

Nous allons maintenant faire l'énumération des divers cas dans lesquels la ligature de l'artère carotide a été faite avec ou sans succès. Nous ne ferons que citer les uns, et nous exposerons les autres avec quelques détails lorsqu'ils n'auront pas été rapportés dans le corps de cet ouvrage.

1°. M. Abernethy a pratiqué la ligature de l'artère carotide primitive pour un déchirement des branches de ce tronc vasculaire par la corne d'une vache. Avant l'opération, le malade perdit beaucoup de sang. Il mourut au bout de trente heures.

L'examen du cadavre fit découvrir des traces d'une inflammation au cerveau (*a*).

2°. Au mois d'octobre 1805, M. A. Cooper lia la carotide sur une femme, pour une tumeur anévrismale à la partie moyenne du cou. Deux ligatures furent placées à un demi-pouce l'une de l'autre, mais on ne coupa point l'artère entre elles. La malade mourut le dix-neuvième jour. L'autopsie du cadavre fit voir une inflammation au sac, à la huitième paire de nerfs, dans la trachée-artère, et la glotte en grande partie oblitérée (*b*).

(*a*) *The Surgical works of John Abernethy, vol. the second, p.* 115, *case* XXIV, *on injuries of the head.* (*Voyez* p. 26 de la seconde partie de cette traduction de l'ouvrage de M. Hodgson.)

(*b*) *Medico-Chirurg. Trans.*, vol. I, p. I, pl. I et II. (*Voy.* p. 8 de la seconde partie de cette traduction de l'ouvrage de M. Hodgson.)

3°. En 1808, M. Cooper répéta cette opération : elle fut couronnée de succès (*a*).

4°. M. Benjamin Travers fit, le 23 mai 1809, la ligature de la carotide primitive pour une tumeur dans l'orbite, du genre de celles que M. John Bell désigne sous le nom d'*anévrisme par anastomose* : aucun accident ne survint, et le malade fut guéri de son affection (*b*).

5°. En 1808, M. Cline lia l'artère carotide à l'hôpital Saint-Thomas. La tumeur, volumineuse, située sur le côté gauche du cou, s'était développée rapidement. Le malade mourut le quatrième jour après l'opération. Le cadavre ne fut point ouvert (*c*).

6°. M. Hodgson a consigné dans son ouvrage une observation dans laquelle on voit que la ligature de la carotide fut faite avec succès pour un anévrisme faux de cette artère (*d*).

7°. En 1813, le docteur Post, de New-York, a lié avec succès l'artère carotide sur un sujet de trente-cinq ans, qui portait une grosse tumeur anévrismale immédiatement au-dessous de l'angle de la mâchoire et du côté droit (*e*).

(*a*) *Medico-chirurgical Transactions*, vol. I, p. 222. (*Voyez* page 13 de notre seconde partie.)

(*b*) *Medico-Chirurgical Transactions*, vol. II, p. 5. (*Voyez* aussi la page 15 de cette seconde partie.)

(*c*) *London medical review*, vol. II, p. 96. M Vose, *Disput. pathologica de arteriæ carotidis aneurismate*, p. 104. *Edinburgi*, 1809. (*Voyez* aussi la seconde partie de notre traduction, p. 24.)

(*d*) *Voyez* obs. XL, p. 18 de cet ouvrage.

(*e*) *New ingland Journal of medecine and Surgery*, vol. III, p. 205; *published at Boston, april* 1814. — *Elemens of surgery*

8°. Opération de l'anévrisme faux primitif faite à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1814 (*a*).

9°. Opération semblable, et pour un cas analogue, pratiquée en 1814 à l'hospice de la Salpêtrière (*b*).

10°. Ligature de la carotide exécutée en 1814, par M. Giroux, pour une blessure de ce tronc vasculaire (*c*).

11°. Ligature de la carotide pour une tumeur anévrismale de cette artère.

« Le nommé *Dupoeli*, dragon espagnol, âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament nerveux sanguin, ayant peu d'embonpoint, fut reçu à l'hôpital de Truxillo, où M. Dupont remplissait les fonctions de chirurgien en chef de la place. Le malade portait depuis six mois, à la partie supérieure gauche du cou, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, qui s'étendait depuis l'angle de la mâchoire inférieure jusqu'à quelques lignes au-dessous du cartilage thyroïde ; à la vue seule, on en distinguait les battemens, qui étaient isochrones à ceux de l'artère. La tumeur diminuait par la pression, et se rétablissait sitôt qu'on l'abandonnait. Le malade éprouvait de violens maux de tête, avec élancemens, pour peu qu'il se baissât ou qu'il fît quelque effort. La respiration s'exécutait assez facilement ; mais il éprouvait une irritation dans le larynx : le malade avait d'ailleurs une

for the use of students ; by John Syng Dorsey, vol. II, p. 189. *Philadelphia*, 1813. (*Voyez* p. 36 de la seconde partie de notre traduction de l'ouvrage de M. Hodgson.)

(*a*) *Voyez* page 39.

(*b*) *Voyez* page 44.

(*c*) *Voyez* p. 45, et la Dissertation sur l'Anévrisme de l'artère carotide ou tronc céphalique, par P. J. Vanderhaghen. *Paris*, 1815.

assez bonne santé. M. Dupont ne put tirer aucun renseignement sur la cause de la maladie. Le troisième jour de son entrée à l'hôpital, la tumeur paraissait être augmentée. M. Dupont résolut d'opérer ce malade ; ce qu'il fit conjointement avec M. le docteur Serra ; il suivit exactement le procédé de M. A. Cooper. L'opération ne fut troublée par aucun accident ; le malade fut couché ; on lui prescrivit le repos le plus parfait et un régime sévère. Il ne ressentait plus les élancemens dont il se plaignait auparavant ; la nuit fut bonne. Même état jusqu'au quatrième jour à dater de l'opération. Le sixième jour on leva l'appareil ; la tumeur était d'un volume moindre, plus résistante, et le sang qu'elle contenait était coagulé. On réappliqua l'appareil. Le septième jour, la tumeur, plus dure encore que la veille, parut considérablement diminuée ; aucun accident ne troubla la marche de la guérison, qui fut complète le 28 septembre, et le malade sortit de l'hôpital n'ayant plus qu'une tumeur de la grosseur d'une olive (*a*). »

12°. En 1815, M. Charles Collier a fait avec succès la ligature de l'artère carotide commune dans un cas de blessure à la face. Voici quelques détails sur cette opération (*b*).

William Ball, tambour du quarante-quatrième régiment, âgé de vingt-ans, d'une constitution grêle, fut blessé le 17 juin par la pointe d'une épée qui passa par l'angle de la joue gauche, et pénétra dans la bouche en lacérant cruellement la langue dans trois ou quatre en-

(*a*) Dissertation sur l'Anévrisme de l'artère carotide ou tronc céphalique, par P. J. Vanderhaghen. *Paris*, 1815.

(*b*) *Medico-Chirurgical Transactions*, vol. VII, p. 107.

droits. Il fut apporté à l'hôpital de Sainte-Elisabeth, le 19, et, d'après son récit, il avait perdu une grande quantité de sang dans le chemin; mais depuis ce temps jusqu'au 22, il ne lui arriva rien de remarquable. Le soir du même jour, je vins pour le voir, et je trouvai qu'un sang artériel s'élançait avec une force considérable du fond d'une plaie étroite et profonde, et coulait dans une direction comme s'il fût provenu de plusieurs branches de la carotide externe. Je débridai la plaie; mais tous mes efforts pour découvrir les sources de l'hémorragie furent inutiles; alors je m'appliquai seulement à modérer l'écoulement du sang par la compression de la carotide, au moyen de compresses graduées appliquées avec soin. Quoique l'hémorragie se fût arrêtée pendant trois ou quatre minutes, il fut bientôt évident que le sang avait seulement changé de chemin, car il reparut en aussi grande abondance par la bouche qu'il l'avait fait auparavant par la plaie, et il fallut enlever continuellement les caillots pour prévenir la suffocation. Le malade était pâle, le pouls faible et précipité; tout indiquait l'extinction rapide de la vie par suite de la perte de sang. Mon opinion que la conservation du malade dépendait de la ligature de l'artère carotide commune, ayant été approuvée dans une consultation avec M. Cavanagh, chirurgien-major, et mon ami M. Cooper, aussi chirurgien-major, je pratiquai l'opération en présence de ces Messieurs, à huit heures du soir. Le malade étant placé sur une table, et son cou un peu étendu sur le côté, je fis une incision de plus de deux pouces sur le bord interne du muscle sterno-cléido-mastoïdien; je disséquai le peaucier et le tissu

cellulaire, et détachai de son bord la veine thyroïdienne, après l'avoir mise à nu. Le muscle disséqué fut tenu de côté par M. Cooper, tandis que je séparai la veine jugulaire de ses connexions, et j'enlevai en partie son enveloppe cellulaire; cette difficulté surmontée, j'incisai la gaîne celluleuse de l'artère, et mis de côté la huitième paire de nerf. Par cette dissection, je pus passer sous le vaisseau une sonde cannelée armée d'une ligature composée de deux fils; l'artère fut alors liée à trois quarts de pouce environ du sternum, et les lèvres de la plaie rapprochées par deux sutures entrecoupées. L'opération dura près d'une heure; l'hémorragie cessa du moment où la ligature fut appliquée, et le sang ne reparut point. Deux heures après l'opération, le malade était assez tranquille, et avait sa connaissance; le pouls était faible, la figure très-pâle. Le matin suivant, 23 juin, je le trouvai parfaitement à son aise, si ce n'est une légère sensation de chaleur dans la gorge, augmentée depuis l'opération; le pouls donnait quatre-vingt-seize pulsations, avec un peu de roideur; la liberté du ventre fut entretenue par de petites doses de calomel et de jalap. La plaie fut pansée le 25, et paraissait bien; le pouls était faible, et variait entre cent douze et cent vingt pulsations. Le 26, le malade se plaignit d'un bruit incommode dans l'oreille gauche, et d'une légère sensation d'engourdissement du même côté de la face. Depuis ce temps jusqu'au 2 juillet, il n'arriva rien qui pût causer beaucoup d'alarmes: le pouls était rarement au-dessous de cent dix pulsations; la peau avait sa température ordinaire; la carotide droite offrait des pulsations bien plus fortes qu'à l'ordinaire; le sensorium

n'était troublé en aucune manière. On prescrivit des sels neutres, et la diète fut légère. Le 2 juillet, un érysipèle commença sur la glande parotide gauche, s'étendit sur la joue et sur la paupière, causant un peu de tuméfaction, et affectant le côté opposé. Cet érysipèle fut modéré; il eut un effet vésicant dans quelques endroits, et s'arrêta au bout de cinq ou six jours par l'emploi de doux purgatifs et par des applications froides. Le 5 juillet, la ligature de l'artère tomba, et la guérison parut être plus prompte que nous ne pouvions l'attendre d'une constitution affaiblie par des maladies antérieures. Le 12 juillet, une deuxième attaque d'érysipèle commença, semblable en tout à la première; elle céda comme elle à un doux traitement.

» La plaie de l'opération guérit bientôt, à l'exception de l'ouverture par laquelle passait la ligature, et qui offrit encore un léger écoulement pendant quelques jours après qu'elle fut tombée; la première plaie s'était fermée immédiatement après l'opération. La santé du malade étant rétablie, il sortit de l'hôpital le 12 d'août. On ne pouvait, à cette époque, apercevoir de pulsation dans aucune partie du trajet de l'artère au-dessus de la ligature. »

13°. M. William Goodlad a lu, dans le mois de février 1816, à la Société médico-chirurgicale de Londres, l'histoire de l'extirpation d'une tumeur occupant le côté de la face et du cou, qui avait exigé préalablement la ligature de l'artère carotide primitive. Voici le fait (*a*) :

(*a*) *Medico-Chirurgical Transactions; history of a tumor in the face and neck*, etc., vol. VII, part. I, p. 112. *London*, 1816.

« Les artères carotides fournissent au cerveau une portion si considérable de sang, que les praticiens, jusque dans ces derniers temps, ont été effrayés de leur ligature, craignant que les fonctions de cet important organe ne fussent par là assez entravées pour détruire la vie. M. Abernethy est le premier qui ait lié la carotide primitive gauche sur un homme dont l'artère carotide interne, et plusieurs branches de l'externe, avaient été divisées par la corne d'une vache. Le malade ne vécut que trente heures, et mourut de la lésion qu'avaient éprouvée les fonctions du cerveau.

» En conséquence, cette opération fut si peu encouragée, qu'on ne la regarda comme justifiable que dans les cas où la mort serait inévitable de toute autre manière. Depuis cette époque, la carotide a été liée par M. A. Cooper et par M. Travers; mais je crois qu'il n'y a pas d'exemple qu'on ait appliqué une ligature à ce vaisseau pour rendre praticable l'extirpation d'une tumeur : le cas suivant, dans lequel cette opération a été exécutée avec succès, sera donc, je l'espère, digne de l'attention de la Société.

» Le 31 du mois d'août, je fus invité à aller voir mistriss Kershaw, de Middleton, femme de moyen âge et maigre, pour une consultation qui avait été faite le jour précédent à Manchester : le résultat général de cette consultation avait été qu'aucune opération n'était exécutable. La malade portait une large tumeur s'étendant depuis l'angle externe de l'œil gauche jusqu'au bas de la joue, et depuis le trou sous-orbitaire jusqu'à la racine de l'oreille. Celle-ci était soulevée par la tumeur qui, passant sous elle, se dirigeait derrière l'apophyse mastoïde.

En avant, cette tumeur allait du menton vers la trachée, qu'elle couvrait en partie, et arrivait jusque sur la clavicule. La circonférence de sa base, la dernière fois qu'on la mesura, était de vingt pouces : depuis cette époque, elle avait augmenté rapidement, mais je regrette de ne m'être pas assuré de son volume exact : toutefois, d'après l'espace qu'elle occupait, elle devait avoir au moins vingt-huit pouces de longueur dans sa portion supérieure comprise depuis la corne de l'hyoïde jusqu'au-dessus du zygoma. Cette tumeur, dans sa base, était plus large que dans son milieu ou son sommet; en la soulevant par sa partie inférieure en plaçant une main de chaque côté, et en passant en même temps les doigts sous elle, on pouvait reconnaître avec certitude qu'elle n'avait pas de connexion avec les vaisseaux; mais comme elle s'étendait sur la trachée, et qu'elle était unie avec elle, il fallait un examen très-attentif pour se convaincre qu'il n'existait pas d'union entre elles. La corne de l'hyoïde était mobile sous la tumeur; et en passant les doigts entre ces parties, je me convainquis très-bien qu'elles pouvaient être séparées. L'œsophage était trop éloigné pour être compris dans la maladie. Au-dessus de la corne de l'hyoïde, la base de la tumeur, profonde et étendue, gênait considérablement la déglutition.

» La maladie, commençant derrière l'angle de la mâchoire, s'étendait au-delà de l'apophyse mastoïde; elle était si intimement adhérente avec les parties sous-jacentes, que le doigt ne pouvait être passé sous elles. La glande parotide était recouverte par la tumeur; mais c'était une question digne d'une considération sérieuse,

que de décider jusqu'à quel point la substance de cette glande se trouvait intéressée. L'étendue de la maladie devenait de peu d'importance si l'artère carotide pouvait être liée, ainsi que j'en avais l'intention. Je crois avoir fait observer que la tumeur était parfaitement mobile, quoique ses mouvemens fussent très-limités, et qu'il n'y avait aucune adhérence, soit à la mâchoire, soit au zygoma.

» La surface de la tumeur était divisée en larges tubercules, et le sommet de chacun de ces mamelons devenait plus proéminent par une collection de fluide : ils paraissaient charnus, mais ils n'avaient ni la dureté ni aucun des autres caractères externes du carcinome. L'on ne remarquait point de glandes absorbantes d'affectées dans le voisinage, et quoiqu'il y eût ulcération dans deux endroits différens, l'aspect des ulcères n'était pas repoussant : un fongus hœmatodès n'était donc pas à craindre. Cependant une circonstance décourageante provenait de ce qu'un charlatan ayant voulu enlever la tumeur avec l'instrument tranchant, dans le commencement de son apparition, il en était résulté une hémorragie très-alarmante. Après un temps très-court, la maladie avait paru de nouveau, et n'avait mis que neuf mois pour atteindre l'énorme volume qu'elle offrait. De grosses veines variqueuses serpentaient sur sa surface, et comme la peau était uniformément malade, on pouvait s'attendre que l'ulcération s'étendrait jusqu'à elle, et que l'hémorragie en serait une conséquence inévitable. La santé de cette femme paraissait assez bonne, quoique ses forces fussent affaiblies, et que la pesanteur de la tumeur qu'elle portait sur l'épaule l'empêchât de faire de l'exer-

cice. Elle s'était adressée à plusieurs praticiens en ville et dans un hôpital voisin : leur réponse avait été constamment contraire à ses vœux.

» Les objections contre l'opération étaient de deux sortes : la crainte de l'hémorragie qui, survenant immédiatement, devait tuer la malade, et la reproduction de la tumeur lorsqu'on l'aurait enlevée. On répondait à la première par la ligature de l'artère carotide, et alors il n'y avait pas de doute que la tumeur ne pût être extirpée, si ce n'est dans l'endroit dont j'ai fait mention. Comme les consultans pensaient que la mort était inévitable de toute autre manière, et devait même bientôt arriver, il me parut que, nonobstant l'incertitude du succès, j'étais justifié en saisissant le dernier moyen de salut qui restât. La question se tournait alors sur la ligature de l'artère carotide. Si les deux malades sur lesquels M. Cooper avait fait cette ligature eussent péri, cette connaissance seule m'eût empêché d'avoir recours à la ligature. Mais au contraire, un de ces malades s'est rétabli. Toutefois, comme aucun chirurgien, dans des cas d'anévrisme, ne doit hésiter d'employer tous les moyens praticables, et encouragé par l'exemple du succès de M. Travers, je me décidai à entreprendre l'opération, plutôt que de voir périr la malade par les progrès de son mal. La chance de l'irritation dans la trachée, l'œsophage, etc., produisant la toux et détruisant l'adhérence dans le vaisseau, ou troublant les fonctions de l'estomac par la lésion de la huitième paire de nerfs, était égale dans l'un et dans l'autre cas; mais le danger provenant de l'hémorragie semblait moins considérable que dans un anévrisme, parce que certaine-

ment l'artère était saine. Si les symptômes inflammatoires survenaient, ils devaient être affaiblis par l'écoulement provenant d'une large surface en suppuration, et la perte de sang durant l'opération devait, sous ce rapport, paraître avantageuse et desirable.

» Une autre considération était de déterminer le degré de pouvoir de la nature pour réparer la perte de substance, puisque la peau qui recouvrait la tumeur se trouvait altérée : une large surface en suppuration devait donc être mise à nu et se couvrir ensuite de granulations. Il ne paraissait pas certain qu'une puissance suffisante restât dans la partie pour ces opérations, surtout d'après la faiblesse qu'avait produite la maladie. Comme j'avais exprimé la ferme volonté de surmonter ces obstacles, cette femme devenait impatiente que j'en vinsse à l'exécution : et une hémorragie alarmante survenue le troisième jour après ma visite, mettant sa vie en danger, il n'y eut plus de temps à perdre. Je me rendis le 5 septembre à Middleton, et je procédai à l'opération de la manière suivante : La malade fut d'abord placée sur une table, la tête aussi basse qu'elle pouvait la supporter, à cause du danger de suffocation qui était à craindre par la pression de la tumeur.

» Une incision de quatre pouces d'étendue fut faite aux tégumens ; la tumeur en même temps fut ramenée, autant que possible, de dessus la trachée vers le bord du muscle sterno-mastoïdien ; le trajet de celui-ci n'avait pas été tracé auparavant, le bord sternal de son insertion tendineuse étant à peine apparente. L'écoulement de sang qui suivit l'incision fut très-abondant; mais ayant séparé le sac de la tumeur d'avec les tégumens environ-

nans, on aperçut le bord interne du muscle; et le peaucier divisé dans une plus grande étendue, on sentit très-bien les battemens de l'artère au fond de la plaie. L'instrument fut alors mis de côté, le tissu cellulaire séparé au moyen des doigts, l'enveloppe artérielle découverte, et les vaisseaux saisis entre le pouce et l'indicateur. Je m'efforçai de séparer les fibres aponévrotiques au moyen des ongles de l'indicateur et du pouce, de manière à passer un doigt au-dessous de l'artère, et d'empêcher toute autre partie d'être comprise dans la ligature. La résistance à mes efforts fut grande, et l'extrémité percée d'une sonde qui m'avait été précédemment utile, fut dirigée vers le côté externe du vaisseau, de manière à presser sur le point opposé à mon doigt; mais quoique incliné sous différens angles pour s'accommoder à la plaie, une sonde du plus fort diamètre se trouva trop faible pour être dirigée avec sûreté à une si grande profondeur, et elle tournait dans la plaie. Le volume de la tumeur ajoutait beaucoup aux difficultés de cette période de l'opération, non-seulement en rendant la plaie plus profonde, mais encore par la nécessité de la tenir de côté et de gêner par là les doigts, tandis que si on la laissait en liberté, en pressant sur la sonde, elle en changeait la direction. La pointe d'une aiguille à anévrisme fut alors essayée sans un meilleur succès; mais en dirigeant la courbure de cet instrument dans la plaie, je m'aperçus qu'elle pressait avec une grande facilité contre le doigt, et alors je fus convaincu qu'il n'y avait aucune autre partie de comprise. En effet, le vaisseau avait été dépouillé de son fascia, si ce n'est à sa partie postérieure, où, en insinuant l'aiguille entre le pouce et l'indicateur,

passés de chaque côté, presque toutes les fibres furent coupées, et leur division étant faite, le doigt indicateur fut engagé graduellement et avec précaution sous le vaisseau avec l'aiguille en contact, mais sens dessus dessous. Ce ne fut qu'avec la plus grande difficulté que je parvins à la retourner dans une plaie aussi profonde; et malgré l'extrême attention que j'apportais à tenir l'indicateur de la main gauche entre l'extrémité de l'instrument et la trachée, et à presser sur les extrémités de l'instrument pour l'incliner et l'accommoder à la cavité, je fis plus de violence aux vaisseaux que je ne l'eusse desiré. La malade supporta cette opération pénible avec le plus grand courage, cherchant seulement à soulager l'irritation que les doigts produisaient, par de fréquens efforts pour avaler. Il s'écoula une quantité considérable de sang, et la ligature fut immédiatement appliquée aussi bas qu'il fut possible dans la plaie. Au moment où l'on serra le fil, la malade éprouva une vive douleur qui s'étendait de la plaie à tout ce côté de la tête. Le fluide contenu dans le sommet de chaque tubercule fut alors évacué pour diminuer le volume de la tumeur, la rendre plus facile à saisir, et diminuer la pression sur la trachée, dont la malade se plaignait beaucoup. L'incision fut prolongée de la base de la tumeur à sa partie supérieure, et l'on disséqua d'abord en partant de la joue. Durant cette partie de l'opération, on se servit des doigts tant qu'il fut possible; mais parfois de fortes bandes ligamenteuses rendirent la section par l'instrument nécessaire. En divisant les tégumens qui unissaient la portion supérieure de la tumeur à la tête, endroit où les veines externes étaient ramifiées, l'hémorragie fut

considérable, et en disséquant en bas, la branche de la mâchoire devint apparente : dans cette partie, aussi-bien que derrière et sous l'oreille, chaque coup de l'instrument était suivi par un jet de sang, et parfois par un écoulement abondant qui durait quelques secondes. La malade était très-faible après l'opération, mais un peu de vin, pris par intervalle, lui rendit bientôt sa connaissance. Outre un suintement sanguin général, il y avait quelques endroits d'où le sang coulait en plus grande quantité. Quoique ce fût un sang veineux, par précaution plutôt que par nécessité, on fit la ligature des vaisseaux qui le fournissaient; la plaie avait alors l'apparence suivante : tout le muscle sterno-mastoïdien était à nu, et ses fibres se trouvaient disséquées jusqu'à un demi-pouce de distance de son insertion à la clavicule. En arrière, la plaie s'étendait de l'apophyse mastoïde jusqu'à la trachée; elle devenait plus étroite à la partie inférieure du cou. La glande sous-maxillaire fut mise à nu, et environ un cinquième de sa substance, qui paraissait altérée, fut enlevé. Le muscle digastrique et la grande portion du milo-hyoïdien furent mis à nus; la branche de la mâchoire était seulement recouverte par le périoste, si ce n'est dans l'endroit où elle est cachée par le muscle masseter, dont une partie, qui paraissait malade, fut extirpée : toute l'apophyse condyloïdienne de cet os fut mise à découvert de la même manière. On voyait sur la joue une substance cellulaire qui ne paraissait pas saine et qu'on enleva; cependant on conserva une quantité suffisante de peau pour couvrir le zigoma. La glande parotide fut entièrement enlevée. Après avoir nettoyé la plaie, la peau, rapprochée au-

tant que possible, fut réunie au moyen de bandelettes agglutinatives, recouvertes de plumasseaux de charpie enduite de cérat; la malade, quoique très-faible, se trouvait assez bien. On la plaça dans son lit. Son pouls, très-faible, offrait cent dix pulsations.

» Onze heures du soir, même jour. Elle est très-bien, quoique éprouvant une grande soif et du malaise dans la gorge, qui l'empêche d'avaler. Son pouls est élevé, quoique non moins fréquent; elle a uriné librement.

» Deuxième jour, neuf heures du matin. Elle a été tourmentée par la soif jusqu'à minuit; mais ensuite elle a bien dormi : le mal de gorge est diminué, quoiqu'en avalant elle s'en aperçoive encore. A quatre heures du matin, elle a transpiré copieusement, et sa peau est encore humide; le pouls est mou, et bat cent huit fois; elle a uriné librement : aucune selle; mais elle en avait eu trois la veille avant l'opération.

» Il y a une sécrétion copieuse de mucosités de la trachée; aucune douleur de tête, point de malaise, et la plaie est bien. Un suintement général de sang a pénétré l'appareil. A neuf heures du soir, le pouls a cent vingt plusations, la peau est sèche et chaude; parfois il y a battemens dans la tête; la soif ne se fait pas sentir. L'écoulement de sérosité sanguinolente de la plaie continue.

» Troisième jour, neuf heures du matin. La malade a passé une bonne nuit. Son pouls est maintenant mou; il a cent six pulsations. Aucune douleur dans la plaie, quoique la face soit un peu gonflée. Elle a eu du frisson dans la nuit; il a disparu immédiatement par l'application d'une couverture chaude, et a été suivi d'une chaleur considérable. Outre le mal de gorge, elle a une

légère toux qui ne lui cause aucune douleur. Un lavement a procuré trois évacuations copieuses de couleur et de consistance convenables : elle a uriné librement, et pris du thé et du gruau avec plaisir, mais en petite quantité. Neuf heures du soir. Le pouls est plein, et s'est de nouveau élevé à cent vingt pulsations. Elle éprouve aussi quelques douleurs de tête, et les élancemens s'étendent jusqu'à la face; elle n'a point eu de nouvelles selles. Le suintement de sang paraît avoir cessé; le malaise de l'œsophage et la sécrétion du mucus sont un peu modérés. Sa tête et son cou ont été tenus humides avec de l'eau tiède, et on lui donne une prise des poudres suivantes toutes les vingt-quatre heures :

℞ Sous-muriate de mercure....... gr. vj;
Antimoine en poudre.......... gr. xvj.
Mêlez et divisez en six prises.

» Quatrième jour, neuf heures du matin. Pouls mou et à cent pulsations; peau froide et moite. La malade a passé la nuit assez bien; les battemens dans la tête sont moins incommodes, et peut-être de peu de conséquence parce qu'elle y est sujette. La plaie fournit une suppuration abondante. Il y a eu une nouvelle évacuation ce matin. Elle fait encore des efforts pour avaler, et l'écoulement du mucus est considérable; la toux, qui a toujours été très-légère, a disparu. — Même jour, huit heures du soir. Pouls vibrant et donnant cent quatre pulsations; la tête est sans douleur; la malade n'a point de chaleur, peu de soif, et elle est sans toux. La sécrétion muqueuse n'augmente pas, quoique la dou-

leur se soit étendue à la base de la langue. Les règles, qui avaient commencé à paraître ce matin, ont cessé. Il y a eu une nouvelle évacuation. Si le mal de tête revient, ou si le mal de gorge augmente, un lavement lui sera donné; on lui fait continuer ses poudres, et prendre du lait en abondance.

» Neuf heures du matin, cinquième jour. Pouls mou et à cent quatre pulsations. La malade ne se plaint ni de soif ni de mal de tête. La peau est fraîche, la difficulté de la déglutition et le ptyalisme sont comme à l'ordinaire; mais elle éprouve principalement la première après le sommeil. La nuit s'est passée assez bien. L'appareil a été levé, et la plaie a présenté l'aspect suivant : elle est très-étendue et recouverte dans sa partie supérieure d'une matière muqueuse très-colorée qui y adhère. Une petite quantité de sang coagulé et très-coloré suinte dans plusieurs points. La moitié inférieure de la plaie n'offre pas par-tout des granulations, mais elle est d'une couleur pâle, et la peau, dans quelques endroits de ses bords, est desséchée. L'écoulement est aqueux et considérable. De la charpie sèche est appliquée, et l'on ordonne, outre du lait et du bouillon, du vin ou du porter en petite quantité. On prescrit aussi deux cuillerées, à prendre toutes les vingt-quatre heures, de la potion suivante :

℞ Décoction de quinquina.......... ℥ vij;
Teinture de quinquina composée... ʒ j;
Acide sulfurique étendu.......... ʒ j;
Teinture d'opium................. gr. xl.
M.

» Le soir, peau fraîche, pouls à cent pulsations. La

malade a pris du bouillon, du lait, et une petite quantité de vin; comme il n'y a point eu d'évacuation depuis la visite du matin, on prescrit une poudre purgative; le quinquina et le vin sont discontinués jusqu'à ce que la poudre ait produit son effet.

» Dix heures du matin, sixième jour. Le pouls est mou et offre quatre-vingt-dix-huit pulsations. La peau est fraîche; il n'y a ni douleur de tête ni soif, et la difficulté d'avaler a cessé. Sur les trois heures, elle s'est réveillée en sursaut, à la suite d'un rêve, et a été très-agitée; son pouls était alors très-fréquent et les élancemens dans la tête très-violens, avec une douleur aiguë; mais au bout d'une demi-heure, elle s'est rendormie, et a passé très-bien le reste de la nuit. Il y a un peu de sensibilité dans la joue; mais la chaleur est toujours naturelle; il n'y a pas eu d'évacuation. La surface supérieure de la plaie est en suppuration; la partie inférieure offre des granulations, mais elles sont très-pâles. Une escarre borde l'orifice qui conduit à l'artère.

» Lundi, dix heures du matin, septième jour. La malade a passé une bonne nuit; le pouls est mou et a cent pulsations. Elle est exempte de soif et de fièvre. Son appétit est bon, et elle prend en abondance du lait, du potage et du bouillon; une selle a été procurée hier par un lavement, elle en a eu une autre ce matin. La sécrétion du mucus et la difficulté d'avaler ont cessé; il y a eu un peu de diminution dans la sécrétion de la salive, la bouche étant généralement sèche après le sommeil. L'écoulement est partiellement puriforme, mais la glande maxillaire sécrète une grande quantité de salive. L'escarre est plus mince, ayant çà et là des points de gra-

nulations qui s'élèvent au travers, et dont l'un offre le diamètre d'une pièce de six sous. Au cou, les granulations sont pâles; mais il y a une disposition à se cicatriser sur le bord postérieur où passe le muscle sterno-mastoïdien. La pulsation dans la carotide droite s'étend au côté gauche, et celle de la sous-clavière gauche semble s'être communiquée au vaisseau qui a été lié, et peut faire soupçonner qu'il y a encore communication entre ces troncs vasculaires.

» Mardi, neuf heures du matin, huitième jour. Les escarres continuent à se séparer, et la surface traumatique est moins pâle. L'écoulement est copieux, et sur le cou il est puriforme. Il y a aussi un peu de suintement par l'orifice à travers lequel passe la ligature pour se rendre à l'artère; mais cette ouverture a une apparence très-saine, et l'escarre qui la bordait s'est séparée. La dernière ligature appliquée aux petits vaisseaux s'est aussi détachée ce matin. La malade a passé une bonne nuit, et ses forces augmentent.

» Mercredi, elle est restée jusqu'à une heure sans reposer; mais ayant été ensuite à la selle, elle a assez bien dormi : cependant elle n'est pas si bien ce matin; son pouls est à cent dix pulsations; l'appétit manque; la malade a du dégoût pour toute autre chose que du gruau : sa langue est nette, sa peau moite; il y a eu une nouvelle évacuation, et l'écoulement est naturel. Elle a eu hier quelques élancemens près de la ligature; mais aujourd'hui la plaie est bien. L'ulcération sur le cou diminue rapidement; les granulations, quoique pâles, sont bonnes; dans la partie supérieure qui recouvre la joue, la surface est mollasse et irritable. Les escarres se

sont séparées pour la plupart, si ce n'est une du diamètre d'un shelling, au-dessous de l'oreille, et une autre dan la partie la plus profonde de la plaie, au bord inférieur de la glande sous-maxillaire. L'écoulement de la salive est toujours très-grand. Une très-petite quantité de pus de bonne nature sort par la pression de l'orifice à travers lequel passe la ligature; mais les granulations naissent rapidement, et ce n'est maintenant qu'une simple ouverture fistuleuse. De la charpie sèche a été appliquée pour absorber la matière de l'écoulement, et par-dessus on a mis des emplâtres agglutinatifs. J'ai visité de nouveau ce soir la malade, et j'ai trouvé son pouls plus mou et battant cent quatre fois par minute. La transpiration a été considérable, et il y a eu des selles naturelles; on ordonne de manger du fruit mûr, et on fait quitter le vin.

» Jeudi, dixième jour. La malade a passé une bonne nuit; son appétit est revenu; et ce matin, de bonne heure, son pouls était à quatre-vingt-quatorze pulsations. La plaie va beaucoup mieux et se ferme rapidement; la portion supérieure commence à se guérir, particulièrement près de l'oreille.

» Vendredi, comme hier; elle va bien sous tous les rapports. Le pouls est à cent deux pulsations. On a permis à la malade de se lever; depuis trois jours elle mange bien; les selles sont régulières.

» Samedi, onzième jour. La ligature est tombée ce matin sans la plus petite hémorragie; le pouls est mou et a quatre-vingt-douze pulsations. La malade a bien dormi depuis minuit; son appétit est excellent.

» Dimanche, douzième jour. Comme hier, le pouls a

quatre-vingt-douze pulsations. Elle s'est levée pendant une heure sans éprouver de fatigue, et elle a bien dormi.

» Mardi, quatorzième jour. Le pouls, hier matin, par suite de l'agitation qu'avait éprouvée la malade, était irrégulier et à cent huit pulsations; aujourd'hui il est seulement à quatre-vingt-deux pulsations, mou et régulier. La malade se rétablit progressivement; mais les granulations s'élèvent au-dessus de la plaie, et il y a eu une abondante sécrétion de salive : en conséquence, la surface de l'ulcération a été touchée de temps en temps avec une solution de nitrate d'argent, qui a remédié à ces deux inconvéniens. L'ouverture qui conduisait à l'artère est entièrement fermée. La santé générale est bonne, et le dix-septième jour après l'opération, la malade s'est levée pendant trois heures sans éprouver de fatigue. Au bout de dix semaines, la plaie était cicatrisée; mais les granulations n'ont jamais été vermeilles, et la sécrétion de la salive, long-temps considérable, n'a pas retardé la cicatrisation de l'ulcère. Il n'y a eu aucun symptôme du retour de cette formidable affection.

» Je ne puis terminer mon récit sans appeler l'attention de la Société sur l'amélioration que la chirurgie peut tirer de cette opération pour l'extirpation de toute tumeur derrière la mâchoire, qui n'a pas de connexion plus profonde que les muscles attachés à l'apophyse styloïde, et que l'on peut enlever avec sûreté : le chirurgien, toutefois, ne peut prendre trop de précautions pour s'assurer que ni le larynx ni le pharynx n'ont d'attaches avec elle.

» Je ne connais pas de cas où la maladie ait pu être

comparée avec celle-ci. La rapidité de la naissance de la tumeur montre son extrême vascularité, et l'écoulement de sang fut si considérable, même après la ligature de la carotide, que je fus convaincu qu'il était impossible à l'opérateur le plus habile de réussir sans cette précaution préparatoire. Dans un cas semblable, particulièrement si la tumeur était bien définie, l'opération serait simplifiée si, au lieu de lier l'artère, le chirurgien incisait dessus, et arrêtait le cours du sang par la pression qu'exercerait un aide, soit sur les vertèbres, ou entre son pouce et l'indicateur, jusqu'à ce que la tumeur fût enlevée et qu'on eût lié toutes les branches divisées.

» Non-seulement par là l'opérateur serait plus tranquille; mais la crainte de voir la tumeur se reproduire serait aussi diminuée.

» Une question pourrait ici s'élever sur l'utilité de faire simplement l'opération préparatoire, et de laisser la masse morbide se détacher. Mais je crois cela impraticable, parce que la chute d'une substance aussi volumineuse produirait plus de dérangement constitutionnel que son ablation par l'instrument, et retarderait, si elle ne l'empêchait pas, l'adhérence des membranes artérielles.

» Je n'insiste pas sur la confiance que l'on a maintenant dans la ligature des principaux vaisseaux sanguins quand il n'a point existé d'obstacles à la circulation. En effet, sur ce point très-important de pratique, l'on a une parfaite conviction de sa nécessité et de son utilité, et l'on est redevable de cette conviction à M. Abernethy et à d'autres chirurgiens modernes. »

14°. M. Dalrymple a fait avec succès la ligature du tronc commun de l'artère carotide gauche, pour un anévrisme par anastomose dans l'orbite, cas semblable à celui pour lequel M. Travers a eu recours à la même opération (*a*).

Le 24 novembre 1812, une femme de quarante-quatre ans, d'une constitution délicate, vint me trouver, en se plaignant de son œil gauche. Elle me dit que, cinq mois auparavant, étant grosse de son sixième enfant, elle fut saisie, au milieu de la nuit, d'une douleur intense dans le globe de l'œil, accompagnée d'une sorte de bruissement dans la tête qui l'alarma beaucoup. L'attaque fut soudaine et instantanée. Entendant un bruit comme un craquement, et éprouvant en même temps une douleur extraordinaire dans le globe de l'œil, elle s'éveilla toute alarmée et sauta hors du lit. Dix ou douze heures après, l'œil devint enflammé et les paupières se tuméfièrent tellement qu'elles dépassaient de beaucoup le niveau des arcades orbitaires supérieures et inférieures. La malade sentit aussi une douleur aiguë dans toute la partie gauche de la tête, ainsi que dans la paupière et au fond de l'orbite du même côté. La nuit suivante, l'extrême violence de la douleur diminua, mais le gonflement des paupières sembla plutôt augmenter, et elle croyait sentir que le globe de l'œil était tiré en haut vers le front. Aucune altération particulière n'eut lieu dans les sept semaines suivantes, au bout desquelles elle fut délivrée.

Pendant les douleurs de l'enfantement, qui furent

(*a*) *Voyez* page 15, seconde partie.

très-intenses, une tumeur d'un rouge foncé et d'une forme oblongue se manifesta entre les paupières; pendant sept à huit jours, elle augmenta graduellement, jusqu'à ce qu'elle eût occupé, dans une direction verticale, la presque totalité de l'espace entre le bord sourcilier et le bord inférieur de l'aile du nez; elle s'étendait horizontalement depuis l'angle externe de l'œil gauche, le long de la racine du nez, presque jusqu'à l'angle interne de l'œil droit. Pendant le temps que l'accouchée mit à se rétablir, cette tumeur fut piquée en divers endroits par un chirurgien qui donnait alors des soins à la malade. Elle fournit du sang en abondance, devint plus petite et d'une couleur extrêmement rouge. Une semaine après on la piqua de nouveau et avec des résultats semblables. L'opération ayant été encore répétée plusieurs fois, les dernières incisions ne procurèrent aucun soulagement.

Deux mois avant l'apparition de cette tumeur, la malade perdit tout pouvoir sur le muscle élévateur de la paupière supérieure; mais si l'on déprimait la tumeur et qu'on relevât cette paupière, elle voyait aussi bien qu'auparavant. Elle ne tarda pas à perdre tout-à-fait la vue de ce côté.

Telle était sa position lorsque je la vis pour la première fois le 24 novembre. Je ne la vis point pendant trois ou quatre mois, et lorsqu'elle eut de nouveau recours à mes soins vers le milieu de mars, son état était très-empiré. L'affection locale paraissait décidément anévrismale. La douleur, constante et aiguë, correspondait, suivant la malade, au fond de l'orbite; mais ce qui l'incommodait le plus était un bruit continuel dans la tête, qu'elle comparait à un bouillonnement d'eau, et, d'a-

près son rapport, il devenait insupportable quand, par quelque accident, sa tête se trouvait au-dessous d'un certain niveau.

Le globe de l'œil gauche, immobile, était tellement augmenté, ou plutôt poussé avec tant de force contre la paupière supérieure, qu'il obligeait cette partie à s'avancer sous une forme convexe, bien au-delà des bords de l'orbite. Le sourcil du côté affecté s'élevait un peu au-dessus du niveau de celui de l'autre côté. La surface externe de la paupière tuméfiée était, dans sa plus grande partie, molle et élastique au toucher; mais son épiderme était épaissi d'une manière remarquable, comme toute la texture de la peau en général, dans le voisinage de l'orbite. On trouvait profondément, entre les tégumens de la paupière, un peu vers l'angle interne de l'œil, un amas de petites tumeurs d'une structure dense et consistante, occasionnant une grande douleur quand on les comprimait, et communiquant au doigt un mouvement pulsatoire. Entre cet amas et le bord inférieur du sourcil, précisément dans le trajet de la branche frontale de l'artère ophtalmique, se rencontrait une substance tuberculeuse, dure, qui s'élevait un peu plus haut, au-dessus de la surface générale de la paupière, et ayant des pulsations encore plus distinctes que celles des petites tumeurs. Cette subtance était dure, compacte, et la plus légère pression y occasionnait une douleur intolérable. La paupière inférieure était fermée, et présentait une tumeur convexe, d'un rouge foncé, suivant dans son contour la direction du bord inférieur de l'orbite, et s'étendant depuis la commissure externe des paupières jusqu'au-delà du tendon du muscle or-

biculaire. A sa partie la plus haute, elle était recouverte par une avance de la paupière supérieure, qui était paralysée et qui cachait entièrement le globe de l'œil. La partie la plus déclive de cette tumeur ne dépassait pas la ligne du trou sous-orbitaire. De même que les tumeurs de la partie supérieure de l'orbite, celle-ci communiquait au toucher une pulsation anévrismale, qui devenait également perceptible à la vue lorsque la force de la circulation était augmentée. En outre, immédiatement au-dessus du tiers nasal du bord supérieur de l'orbite, les tégumens, doucement soulevés, formaient une tumeur molle, qui occupait exactement la place de certaines branches de l'artère frontale, et qui avait des battemens isochrones à ceux du pouls. Une élévation semblable de la peau existait à la racine du nez, et soulevait le doigt qu'on plaçait sur elle. Lorsque le globe de l'œil était découvert, il paraissait d'abord augmenté de volume; mais une inspection plus attentive montrait qu'il était poussé en avant. On pouvait suivre une multitude de vaisseaux dilatés depuis la surface de la tumeur inférieure jusqu'à cette portion de la conjonctive qui recouvre la membrane sclérotique. La cornée conservait son éclat et sa transparence ordinaires; mais les fibres de l'iris avaient perdu totalement leur faculté contractile; et la pupille, très-dilatée, avait une figure irrégulière. Derrière le cristallin, on apercevait quelque chose d'une couleur fauve. Les veines cutanées de la figure étaient, en général, très-gorgées de sang, et donnaient à la peau de toute cette partie une apparence d'étranglement. Lorsqu'on exerçait une forte pression sur l'artère carotide commune, les battemens

de la tumeur située à la partie inférieure de l'orbite cessaient; mais ceux des tumeurs supérieures continuaient encore un peu. La force de la pulsation était, il est vrai, très-affaiblie; la malade ne pouvait supporter aucune compression capable de la faire cesser entièrement.

D'après l'examen très-attentif de ce fait intéressant, je ne pus m'empêcher d'y remarquer tous les caractères de l'affection particulière des artères qu'on a nommée *anévrisme par anastomose*, et dont on trouve une si belle description par M. Travers, dans le second volume des *Transactions médico-chirurgicales*.

En conséquence, le 7 avril 1813, je liai le tronc commun de l'artère carotide gauche en présence de plusieurs gens de l'art.

L'opération fut pratiquée d'après la méthode adoptée par M. Astley Cooper, dans le cas de Humphrey Hymphry, et son exécution présenta les mêmes circonstances que celles qui accompagnèrent l'opération de mon illustre ami. Aussitôt que le bord du muscle mastoïdien eut été soulevé, on aperçut la branche descendante du nerf de la neuvième paire, et, après avoir ouvert la gaîne de l'artère, la paire vague fut distinguée au côté externe du vaisseau. La veine jugulaire repoussée par l'indicateur de la main gauche au-dessous du bord du muscle mastoïdien, ne causa aucun embarras. Rien que l'artère découverte ne fut compris entre les ligatures, formées d'un fil rond, petit, mais très-fort. Placées à la distance d'environ un pouce un quart l'une de l'autre, elles furent très-serrées autour du tronc de l'artère, qu'on divisa dans l'intervalle, à la distance d'environ deux tiers de pouce de la ligature inférieure.

Les bords de la plaie furent rapprochés au moyen de l'emplâtre agglutinatif ordinaire.

Les effets de l'opération furent immédiats et décisifs. Aussitôt que les ligatures eurent été liées, les mouvemens pulsatoires des tumeurs du front et de la joue cessèrent entièrement; mais une légère vibration était encore apercevable dans la paupière supérieure tuméfiée. La tumeur rouge de la paupière inférieure devint pâle, et sa surface s'affaissa. Quelques minutes après que la malade eut été replacée dans son lit, elle ne ressentait presque plus de douleur, et le bruit qui l'avait si long-temps tourmentée n'existait presque plus : elle me dit que la tête ne lui faisait plus éprouver les sensations dont elle se plaignait auparavant.

Cinq heures du soir. Il n'y a de pulsations dans aucune des tumeurs. La malade a senti une vive douleur à la partie postérieure de la tête, mais qui a disparu, et maintenant elle est tranquille. Le pouls a cent deux pulsations.

Neuf heures. Il existe un peu de difficulté à avaler, ainsi que de l'anxiété.

8 avril. La malade a passé une nuit tranquille, quoiqu'elle ait peu dormi. Le pouls est mou et offre cent pulsations.

Une heure après midi. Il y a du calme et du bien-être, l'intellect est parfaitement lucide. La paupière supérieure est mobile pour la première fois depuis plusieurs mois.

9 avril. La nuit a été bonne, le sommeil a produit du calme. Le pouls est mou et a cent pulsations. La tumeur sur la partie interne du sourcil est entièrement disparue. Celle de la paupière supérieure est beaucoup

plus petite, sa texture est plus molle, et elle est moins douloureuse quand on la comprime. Le globe de l'œil est aussi considérablement retiré dans son orbite. La plaie va bien ; mais la malade a toujours beaucoup de difficulté à avaler.

Dix heures du soir. Elle a passé une journée tranquille, et elle a été très-enjouée.

10 avril. Nuit excellente, pouls à quatre-vingt-dix-huit pulsations. Une heure après midi, il y a eu une selle. Pouls à quatre-vingt-seize pulsations.

11 et 12 avril. Les deux journées et les deux nuits ont été excellentes. Pouls à quatre-vingt-quatre et à quatre-vingts pulsations.

13 avril. On a enlevé le premier appareil. Les bords de la plaie sont réunis dans toute leur étendue, à l'exception des points où les ligatures ont été placées.

La malade a eu un peu de frisson. Maintenant, elle éprouve de la chaleur et de la soif. Le soir, l'accès de fièvre avait disparu. Le pouls était mou et battait quatre-vingt-dix fois.

14 avril, six heures du matin. La malade a passé une bonne nuit et a bien dormi.

Deux heures après midi. Elle souffre et se plaint d'un ébranlement général. Le pouls est dur et offre cent douze pulsations. On a tiré seize onces de sang du bras, et ordonné une potion purgative.

Cinq heures du soir. Elle a été purgée deux fois et se trouve maintenant mieux.

15 avril. Elle est bien ; de grands changemens sont survenus dans les tumeurs. Le globe de l'œil est complètement rentré dans l'orbite, et la proéminence gé-

nérale de la paupière supérieure a diminué. On ne peut apercevoir, dans aucune des parties malades, ni la plus légère pulsation, ni le moindre mouvement vibratoire.

18 avril. La ligature supérieure s'est détachée en renouvelant l'appareil.

4 mai. Pendant les trois ou quatre derniers jours, la ligature inférieure s'est détachée, au milieu d'une évacuation abondante de matière, mais sans être accompagnée de l'escarre de l'artère.

7 mai. Depuis deux jours, des granulations se sont élevées aux extrémitées de la plaie, dans les endroits où les ligatures avaient été placées. On les a touchées avec le nitrate d'argent, mais on a eu de la peine à arrêter leur croissance, et la suppuration est très-abondante.

10 mai. Il y a eu un peu de fièvre, avec douleur, tension et rougeur à la peau, le long des bords de la cicatrice.

12 mai. Un sinus s'est formé, et une évacuation considérable de pus a eu lieu par l'ouverture inférieure.

17 mai. Les granulations spongieuses ayant été détruites et la plaie étant presque guérie, on a laissé aujourd'hui la malade retourner dans sa famille. Depuis cette époque jusqu'au 3 juillet, il n'est rien survenu de nouveau. Les tumeurs ont tout-à-fait disparu, et la santé générale est rétablie, quoique la plaie ne soit pas entièrement fermée. Des granulations mollasses et pâles s'élèvent chaque jour dans les endroits où les ligatures ont été placées sur l'artère, et plusieurs petits sinus, se formant lentement et successivement, occasionnent beaucoup d'incommodités. Dans la soirée du 3 juillet, je fus appelé en grande hâte

pour une hémorragie qui était survenue par la partie inférieure de la plaie. J'accourus de suite, mais l'hémorragie avait cessé lorsque j'arrivai. Le sang perdu était rouge, et sa quantité pouvait monter à dix ou douze onces. Cet accident m'effraya beaucoup, et il produisit une telle commotion dans le système de ma pauvre malade, que la substance fongueuse qui entourait la petite ouverture par laquelle le sang était sorti, était poussée visiblement à travers la plaie, à chaque pulsation du cœur.

Un écoulement semblable eut lieu dans la soirée du 9 juillet, et, comme le premier, il cessa spontanément. Dès-lors tout alla bien, et le 19 juillet, cent trois jours après l'opération, la plaie était parfaitement consolidée et la malade rétablie. Maintenant, et il y a deux ans d'écoulés, la guérison paraît complète, à l'exception de la vision, qui est perdue irrévocablement. Quant à la circulation locale, on ne sent point de pulsations dans aucune des branches des artères temporale et faciale, du côté où la ligature a été appliquée; mais dans le cas traité par M. Travers, l'artère peut être distinguée, elle bat très-faiblement au-dessous de l'angle de la mâchoire (*a*).

15°. J'ai appris de mon ami M. Hodgson que M. Dalrymple avait fait une seconde opération de ligature de la carotide commune pour un cas semblable à celui que nous venons de rapporter, mais que les résultats n'avaient pas été les mêmes.

16°. J'ai également appris de M. Hodgson que M. War-

(*a*) Voyez *Medico-Chirurgical Transactions*, etc., vol. VI. *London* 1815. *A case of Aneurism by anastomosis in the left orbit*, etc.

drop avait, mais en vain, pratiqué la ligature de la carotide primitive pour un anévrisme par anastomose. La maladie avait résisté à cette opération.

17°. Dans les premiers jours du mois d'avril 1818, M. le professeur Dupuytren a fait la ligature de la carotide commune pour une de ces tumeurs qu'il nomme *érectiles*, et que les Anglais, depuis John Bell, appellent des *anévrismes par anastomoses* (*a*). La maladie affectait le pavillon de l'oreille droite et la région mastoïdo-auriculaire correspondante. Nous ferons connaître dans un autre chapitre les résultats de cette opération.

18°. Je viens d'apprendre que M. Walther de Landshut, en Bavière, a pratiqué en 1814, sur un homme de trente ans environ, la ligature de la carotide commune, pour un anévrisme de la carotide externe. Les pulsations de la tumeur ne cessèrent point par la constriction du vaisseau, et elles existaient encore dix semaines après l'opération, époque à laquelle la plaie était complètement cicatrisée. Quelques mois plus tard, les battemens de l'anévrisme ne se faisaient plus sentir. La tumeur anévrismale, primitivement du volume d'un œuf d'oie, n'a aujourd'hui que celui d'une noisette. Le sac s'est considérablement resserré, et ce noyau n'offre sous le doigt qui l'explore qu'une espèce de ganglion dur et résistant. Dans cette opération, M. Walther n'a employé qu'une seule ligature, ronde, immédiate, qu'il a placée à la partie inférieure du cou.

(*Note du traducteur.*)

(*a*) *Voyez* dans cette seconde partie le chapitre où l'on parle de cette maladie. *Voyez* aussi l'onvrage de M. John Bell, *Principles of Surgery*. *Discourse* XI, p. 456, vol. I, *Edinburgh*, 1801.

SECTION VI.

Des Anévrismes des artères axillaire et sous-clavière.

Nous possédons un grand nombre d'observations qui constatent que le bras a reçu une quantité suffisante de sang pour sa nourriture après l'oblitération des artères sous-clavière et axillaire.

Dans la première partie de cet ouvrage, j'ai rapporté une observation où l'artère sous-clavière gauche et plusieurs de ses branches les plus importantes avaient été oblitérées par la pression d'un anévrisme de l'aorte. Une petite tumeur anévrismale avait son siége au commencement de l'artère sous-clavière, dont la cavité, à partir de l'endroit où elle sortait du petit sac, était complètement remplie par une substance ligamenteuse, consistante, qui s'étendait jusque dans les artères vertébrale, mammaire interne et intercostale supérieure. L'artère thyroïdienne inférieure était la première branche qui fût demeurée ouverte, et par elle le sang passait de la thyroïdienne supérieure dans la sous-clavière, qui, quoique très-resserrée était restée perméable dans cet

endroit. Le membre paraissait bien nourri et jouissait de sa force ordinaire, malgré l'oblitération du commencement de sa principale artère et de ses branches les plus importantes (1). J'ai aussi extrait une observation intéressante du *Journal de Médecine*, dans laquelle on a rencontré un semblable état des vaisseaux. Dans ce cas, l'artère sous-clavière droite était légèrement dilatée et contenait, depuis son origine jusqu'à l'endroit où elle passe derrière le muscle scalène antérieur, un caillot d'une couleur brune foncée et d'une consistance de gelée animale. La portion du vaisseau qui s'engage derrière le scalène, dans une étendue d'un pouce et demi, était remplie par un second caillot gris très-consistant, qui la rendait imperméable au sang, et qui adhérait d'une manière si intime aux membranes artérielles qu'on ne pouvait l'en séparer sans déchirement. Toutes les branches de l'artère sous-clavière provenaient de cet endroit du vaisseau dont la cavité se trouvait oblitérée, et elles étaient remplies par des caillots grisâtres qui adhéraient très-intimement à leurs membranes et qui s'étendaient à diverses distances dans leur intérieur. A la terminaison de ces

(1) Observation XIX, t. I, p. 149.

caillots, les artères devenaient perméables, et elles recevaient du sang de leurs branches de communication avec celles du côté opposé, ou du même côté, au-dessous de la maladie. A l'origine de la scapulaire commune, l'artère axillaire était remplie d'un caillot qui n'adhérait pas aux parois du vaisseau et qui paraissait d'une couleur peu foncée. Au-dessous de l'origine de la scapulaire commune, qui, aussi-bien que les artères circonflexes, offrait d'une manière remarquable une dilatation, les autres vaisseaux du membre ne se distinguaient de ceux du côté opposé que par la diminution de leur calibre (1). On trouve dans le même journal une seconde observation d'oblitération de l'artère sous-clavière droite, qui était convertie en une substance ligamenteuse, dans une étendue de plus de deux pouces. Le commencement de l'artère contenait un caillot d'une forme conique. Un sac anévrismal avait son siége sur l'aorte thoracique. Ce kyste avait communiqué avec l'aorte par deux ouvertures de huit à dix lignes de diamètre chacune, qui se trouvaient alors complètement fermées par un coagulum assez consistant pour intercepter la

(1) *Voyez* t. I.

communication entre la cavité du sac et celle de l'artère (1).

Dans ces cas, la seule circonstance extraordinaire qu'on avait observée pendant la vie des malades fut l'absence du pouls au poignet. Les membres étaient bien nourris, malgré l'étendue considérable de l'oblitération de la principale artère, même avant qu'elle eût donné naissance à aucune branche. Il est inutile d'entrer dans un détail minutieux sur les canaux par lesquels le sang se rendait aux membres dans ces circonstances, parce que ce n'est d'aucun vaisseau particulier que les branches d'anastomoses reçoivent ce fluide après l'oblitération d'une artère principale, mais bien de toutes les ramifications en géné-

---

(1) *Journal de Médecine* par MM. Corvisart, Leroux et Boyer, t. II, p. 29. M. Corvisart rapporte aussi une observation où il trouva l'artère sous-clavière gauche tellement rétrécie, à un pouce environ au-delà de son origine, qu'on ne pouvait y introduire la tête d'une petite épingle qu'avec une extrême difficulté. Ce resserrement était produit par un dépôt de matière calcaire. Les valvules de l'aorte se trouvaient réunies par un dépôt semblable, en sorte qu'on ne pouvait introduire qu'avec peine l'extrémité du doigt dans l'ouverture du vaisseau, qui était dilaté, rugueux et épaissi à la terminaison de sa courbure. (*Essai sur les Maladies du cœur*, p. 215.)

ral qui passent dans leur voisinage, quelle que soit d'ailleurs leur origine. Si nous considérons le trajet des branches qui se distribuent au cou et à l'épaule, nous serons convaincus que lorsque l'artère sous-clavière est oblitérée à son origine, comme dans l'observation XIX (1), ces mêmes branches tirent un supplément abondant de sang des artères carotide et vertébrale, et le transmettent à la sous-clavière, au-delà du point de son oblitération. Mais lorsque toute l'étendue de l'artère sous-clavière, et conséquemment les ouvertures de ses branches, sont oblitérées, comme dans les exemples que j'ai tirés du Journal de Médecine, il existe trois séries de vaisseaux d'anastomoses qui contribueront à faire passer dans le bras le sang venu d'en haut. Le sang ira des artères thyroïdienne supérieure, occipitale et vertébrale, dans les branches ascendantes des artères thyroïdienne inférieure, sus-scapulaire, cervicale et transverse du cou et de l'épaule; il passera des branches ascendantes de ces vaisseaux dans d'autres branches qui s'étendent le long de l'épaule et par lesquelles il sera transmis dans les artères sous-scapulaire

---

(1) *Voyez*, t. 1, p. 149.

et circonflexe qui s'ouvrent dans le tronc de la principale artère du bras. De la sorte, les branches de la sous-clavière constitueront une série intermédiaire de vaisseaux par lesquels le sang arrivera des artères carotide et vertébrale dans les artères axillaire et brachiale. Les anastomoses des thoraciques avec les intercostales pourront aussi fournir un supplément de sang à l'artère axillaire, après l'oblitération de la sous-clavière, et, par tous ces rameaux secondaires, il parviendra dans le bras une quantité suffisante de ce fluide pour sa nourriture.

Si les canaux d'anastomoses sont suffisans pour entretenir la circulation du sang dans le bras, après l'oblitération de l'artère sous-clavière et du commencement de ses principales branches, il est évident que le même objet sera rempli d'une manière plus facile quand, la sous-clavière étant perméable, l'artère axillaire est oblitérée. Dans cette dernière circonstance, les branches de la sous-clavière, savoir, la sus-scapulaire, la cervicale et la transverse du cou et de l'épaule, tireront un supplément direct de sang de la sous-clavière, et le transmettront dans les artères sous-scapulaire et circonflexe : ainsi quand l'artère axil-

laire est oblitérée, il n'est besoin que de deux séries de branches d'anastomoses pour continuer la circulation. Les communications entre les branches des artères sous-clavière et axillaire sont si larges et si nombreuses, même dans l'état naturel, que si on lie l'axillaire sur un cadavre, et qu'on pousse dans l'artère sous-clavière une injection grossière, celle-ci passera à travers les anastomoses nombreuses et ostensibles qui environnent le scapulum pour aller remplir les artères du bras. Mais lorsque l'oblitération de l'axillaire comprend les origines des artères sous-scapulaire et circonflexe, on voit alors une série plus étendue de branches d'anastomoses être employée à la continuation de la circulation dans le membre. Le sang passera d'abord des artères sus-scapulaire, cervicale et transverse du cou et de l'épaule dans les branches ascendantes des artères sous-scapulaire et circonflexe; mais, au lieu d'être versé par les ouvertures de ces vaisseaux dans l'artère principale, il se rendra par leurs branches descendantes dans l'artère profonde du bras, qui le conduira dans la brachiale; ou bien, continuant son trajet le long des branches descendantes de la profonde, il arrivera par les anastomoses additionnelles dans les artères récurrentes, radiale,

cubitale et interosseuse. Dans ce cas, les artères sous-scapulaire et circonflexe constitueront une série intermédiaire à travers laquelle le sang sera transmis des branches de la sous-clavière dans celles de la profonde du bras. Il est tellement prouvé jusqu'à l'évidence, par l'anatomie du sujet sain, que le membre peut recevoir la quantité de sang nécessaire à sa nourriture, même après l'oblitération de l'artère axillaire, que nous croyons à peine nécessaire de rapporter des observations qui viennent encore confirmer ce fait. Des anévrismes de l'artère axillaire se sont souvent guéris spontanément, et cette guérison a été accompagnée de l'oblitération du vaisseau.

J'ai déjà rapporté (1) une observation où

---

(1) Observation XXVII, t. I, p. 184.

Le docteur Orpen m'a dit qu'il avait observé un anévrisme de l'artère sous-clavière dans lequel la tumeur, après s'être accrue rapidement et avoir eu des battemens violens pendant quelques mois, avait tout-à-coup perdu sa pulsation, et tellement diminué de volume que, par degrés, elle s'était réduite en une petite tumeur compacte, située au-dessus de la clavicule droite. La pulsation dans les artères du membre devint imperceptible; le bras ne put plus servir, et il tomba dans un état d'émaciation extrême. Il est probable que chez l'individu qui

cette terminaison a eu lieu, et l'on en trouvera une seconde dans la section des anévrismes provenant des artères blessées. Dans les deux

---

fait le sujet de cette observation, la diminution de la nutrition du bras et la perte de son mouvement volontaire sont dues à la pression de la tumeur sur les nerfs cervicaux, et non à l'absence d'une quantité suffisante de sang, par suite de l'oblitération de l'artère. Nous avons vu en effet, dans tous les autres exemples que j'ai rapportés d'oblitération de l'artère sous-clavière, que les membres étaient bien nourris et pouvaient remplir leurs fonctions naturelles. Van-Swiéten dit qu'un paysan reçut sous l'aisselle un coup de couteau par lequel l'artère axillaire fut divisée; qu'il y eut une hémorragie si abondante qu'on pensa que le blessé périrait incontinent, et qu'il fut laissé pour mort. Le jour suivant, lorsque l'on vint examiner le corps pour faire un rapport à la justice, on trouva encore un peu de chaleur vers la poitrine, sans aucun autre signe de vie. L'on différa l'examen de la plaie. Peu à peu le blessé se réchauffa, mais chacun croyait que la mort était prochaine. Cependant, contre l'opinion commune, il se rétablit après avoir été long-temps dans une débilité extrême. Le bras resta, pendant tout le reste de sa vie, atrophié et desséché comme celui d'une momie. (*Brachium autem illius lateris aridum et exsuccum, penitus mumiæ ferè instar, tota vita mansit. Si ergo in tam magna arteria, et cordi adeo vicina, potuit fieri consolidatio, apparet non tam facile desperandum esse etiam in periculosissimis vulneribus arteriarum : modo nullis stimulis vinosis vel*

cas, les bras furent bien nourris après la guérison des tumeurs, et cependant on ne pouvait guère douter que les principales artères ne fussent oblitérées. On trouve des observations semblables dans les ouvrages de Sabatier (1) et de Pelletan (2). Il y a quel-

---

cardiacis augeretur debilis vita in talibus vulneratis, forte plures evaderent.) Il est probable que, dans cette circonstance, le plexus des nerfs axillaires avait été divisé en même temps que l'artère. *Commentaria in Aphor.* BOERHAAV., t. I, § 161, p. 235.

(1) Médecine opératoire, t. I, p. 364.

(2) Clinique chirurgicale, t. I, p. 77. Dans un autre cas d'anévrisme, M. Pelletan trouva l'artère axillaire oblitérée. La tumeur était volumineuse et s'étendait jusqu'à la clavicule. Elle s'ouvrit, et l'hémorragie eut lieu deux heures avant la mort du malade. Les membranes de l'artère axillaire, dans l'étendue d'environ deux pouces, étaient dilatées d'une manière remarquable, et l'anévrisme provenait de cette dilatation. Immédiatement au-dessous de la portion dilatée, l'artère axillaire était contractée et convertie en une substance ligamenteuse qui ne permettait pas même au stylet le plus fin de pénétrer dans sa cavité. Près du pli du bras, l'artère augmentait de volume, mais elle avait encore l'apparence d'un vaisseau, quoique sa cavité fût tellement resserrée qu'il devenait impossible d'y rien introduire. *Ibid.*, tome II, page 93. Le docteur Monro rapporte une observation semblable. Un soldat portait à l'aisselle un large anévrisme qui descendait jusque sur le bras. Il s'ouvrit, et le malade mou-

ques années qu'un homme mourut à l'hôpital Saint-Barthélemi, avec un anévrisme à l'aisselle. Il avait refusé de se soumettre à l'opération, parce qu'il prétendait qu'une tumeur semblable, qu'il avait eue du côté opposé, s'était guérie toute seule. Le second anévrisme devint funeste au malade, et la dissection de son cadavre confirma son assertion. On trouva dans l'aisselle des traces d'un anévrisme qui s'était guéri spontanément. L'artère principale était complètement oblitérée (1). M. Taunton m'a montré deux préparations provenant d'un sujet apporté à l'amphithéâtre d'anatomie, et chez lequel les deux artères axillaires étaient oblitérées. L'aisselle

---

rut d'hémorragie. A l'ouverture du cadavre, on trouva que l'artère axillaire communiquait avec le sac. La partie inférieure de l'artère se continuait derrière la poche anévrismale, et était presque imperméable dans l'étendue d'un demi-pouce; car au-dessous de l'endroit, dit le docteur Monro, où le tronc artériel s'ouvrait latéralement dans le sac, la continuation de ce même tronc était presque oblitérée par l'adhérence de ses parois. (*Edinburgh Physical and literary Essays*, Essais de Médecine et de littérature d'Edimbourg, volume III, page 196.)

(1) Ce fait m'a été communiqué par M. Abernethy.

gauche contenait un amas de glandes malades; mais il n'y avait dans les membranes artérielles, ou dans les parties environnantes, aucune apparence d'altération qui pût rendre raison de l'oblitération du vaisseau du côté droit. Le bras du même côté fut injecté, et l'on trouva que l'artère sus-scapulaire communiquait par de larges anastomoses avec la sous-scapulaire. Ces communications étaient établies principalement auprès de l'os, sur la fosse sous-épineuse du scapulum. Une branche considérable de l'artère sus-scapulaire passait au-dessous de l'os, et s'anastomosait dans cet endroit avec une branche de la sous-scapulaire. Un rameau provenant de l'artère axillaire au-dessous de la portion oblitérée, s'avançait supérieurement et s'anastomosait avec la sus-scapulaire. La transverse de l'humérus passait le long de la base du scapulum, et contribuait à l'entretien des branches de l'artère sus-scapulaire. La réunion des ramifications d'anastomoses surpassait le calibre de l'artère brachiale.

Ce n'est pas seulement quand l'obstruction survient graduellement, comme dans les cas que je viens de rapporter, que la circulation s'est continuée après l'oblitération de l'artère axillaire : on a vu également des

exemples où le membre avait été entretenu de sang après la ligature de ce vaisseau pour des cas de plaies et d'anévrismes : il est vrai que, dans quelques-uns de ces derniers, la mortification du bras a eu lieu; mais on n'a pas de preuves suffisantes dans ceux-là que la circulation dans le membre eût commencé à se rétablir; un examen attentif, dans une circonstance semblable, constaterait, je crois, que la gangrène doit être attribuée à d'autres causes qu'à la privation de la quantité de sang nécessaire pour la nourriture de la partie.

Il y a environ soixante-dix ans que M. Hall fut appelé pour un homme qui avait reçu une blessure très-considérable au-dessous de l'aisselle; il y avait division de l'artère brachiale. Cet homme tomba bientôt en faiblesse par la perte de son sang, ce qui lui sauva la vie, parce qu'il n'avait alors personne auprès de lui. M. Hall se trouvant par hasard dans le voisinage, n'avait pas sur lui d'aiguilles; mais il put comprimer facilement l'artère avec l'indicateur et le pouce, jusqu'à ce qu'il se fût procuré du fil, avec lequel il fit immédiatement et d'une manière efficace, la ligature du vaisseau. Cet homme recouvra l'usage de son bras, mais n'eut plus

désormais de ce côté qu'un pouls faible et tremblant (1).

M. White rapporte qu'un officier eut l'artère axillaire lésée par un coup d'épée. Le blessé tomba bientôt en faiblesse et l'hémorragie s'arrêta ; on essaya, mais en vain, de fermer l'ouverture de l'artère en passant dans la plaie une aiguille au-dessous d'elle. Une autre aiguille fut ensuite passée autour de l'artère, en l'introduisant à travers la peau, à une petite distance au-dessus de la plaie, et en comprenant dans la ligature une quantité considérable des parties environnantes. Le lien fut ensuite serré et l'hémorragie cessa. Lorsque le blessé fut revenu de son évanouissement, le bras était froid, et l'on ne pouvait distinguer dans ses artères aucune pulsation. Le troisième jour, le bras était parfaitement chaud, et les veines paraissaient gorgées de sang ; mais le quatrième, la gangrène attaqua l'épaule, et le soir du même jour, le blessé mourut. Le membre ayant été examiné, on trouva que la ligature environnait l'artère axillaire, qui avait été completement divisée au-dessous de l'artère circonflexe de l'épaule :

---

(1) *Voyez* JOHN BELL, *on Wounds*, page 60, troisième édition.

elle comprenait aussi trois des nerfs brachiaux. La veine axillaire était également blessée, mais elle n'était pas renfermée dans la ligature (1). Dans ce cas, le membre avait recouvré sa chaleur naturelle le troisième jour après la ligature de l'artère, et la circulation veineuse s'était rétablie. Il est très-probable que la gangrène fut occasionnée plutôt par la ligature des nerfs que par celle de l'artère, puisque le membre était nourri de sang.

Desault a observé un cas assez semblable à celui-là sous plusieurs rapports. Le sphacèle du membre ne put pas être attribué non plus au défaut de sang, mais bien à la débilité extrême produite par une hémorragie abondante, et à l'état des parties environnantes, dans lesquelles le sang s'était extravasé en assez grande abondance pour amener une ulcération et une suppuration des plus étendues. Un homme fut blessé à l'aisselle d'un coup d'épée; il perdit à l'instant une quantité prodigieuse de sang; une tumeur volumineuse occupa rapidement la cavité entière de l'aisselle, et cet homme tomba en faiblesse. En deux jours tout le

(1) *London medical Journal*, vol. IV.

membre fut enflammé; le sang suintait de la plaie, et le blessé éprouvait de la fièvre et une douleur très-vive. Le quatrième jour, l'avant-bras devint froid; la peau de cette partie avait une teinte jaunâtre; l'hémorragie revint; la tumeur augmenta, et son accroissement fut accompagné d'une pulsation obscure; la peau qui la couvrait était rouge et tendue. Dans cet état, le blessé fut admis à l'Hôtel-Dieu, le septième jour après son accident. Desault divisa les tégumens par une incision longue de six pouces, qui commençait au-dessous du tiers acromial de la clavicule, et qui se prolongeait en bas et en dehors. Les fibres du muscle pectoral étant divisées, il sortit une grande quantité de coagulum, et même un filet de sang, quoiqu'un aide comprimât fortement l'artère sous-clavière contre la clavicule.

L'opérateur saisit de suite, avec l'indicateur et le pouce, le commencement de l'artère et le plexus de nerfs, et arrêta par là l'hémorragie. Un aide fit alors la ligature de l'artère et du plexus de nerfs que l'opérateur avait assujettis. L'ouverture de l'artère, qui avait été divisée au-dessus de l'origine des artères sous-scapulaire et circon-

flexe, fut ensuite liée elle-même, et les nerfs ayant été séparés de l'artère, la ligature qu'on avait appliquée d'abord fut laissée comme ligature de réserve. On tint la même conduite à l'égard de l'extrémité inférieure de l'artère blessée (1). Le soir de l'opération, on observa une pulsation obscure dans l'artère radiale du membre malade, qui avait recouvré, en quelque sorte, sa chaleur naturelle; les veines du dos de la main et du bras étaient remplies de sang. Aucun doute ne pouvait exister sur le rétablissement de la circulation. Le troisième jour, la suppuration avait commencé dans la plaie, qui était couverte d'un appareil; des escarres furent observées dans le fond de l'aisselle. Le blessé éprouvait de la difficulté à respirer, et le soir du quatrième jour, on remarqua une rougeur érysipélateuse sur l'avant-bras. Le cinquième, la température du membre avait diminué; les ongles étaient d'une couleur brune, et des taches pourpres s'étaient ma-

(1) On s'assura dans ce cas de l'artère en faisant passer les ligatures au moyen d'une canule d'argent, et en les maintenant en haut par une cheville de bois, en sorte qu'on aurait pu les serrer, si cela avait été jugé nécessaire.

nifestées sur le bras. Le sixième jour, la gangrène s'empara du membre et le blessé mourut (1). Nous rapporterons encore d'autres observations dans lesquelles le membre a reçu la quantité de sang qui lui était nécessaire, même après la ligature de l'artère axillaire.

Lorsqu'un anévrisme provient de l'artère axillaire, non loin de l'origine de la brachiale, et lorsque la maladie a fait encore peu de progrès, il est possible de lier l'artère entre la tumeur et la clavicule; mais quand la tumeur est volumineuse ou quand elle naît de l'artère axillaire près de l'origine de ce vaisseau, il est impossible de faire l'opération dans cet endroit. Dans ces circonstances, il faudra que le chirurgien entreprenne la ligature de l'artère sous-clavière. Deux opérations sont donc praticables pour les anévrismes axillaires, et le choix de l'une des deux sera déterminé par l'étendue et la situation de la maladie. Dans certains cas, on fera la ligature de l'axillaire; dans les autres, on aura recours à celle de la sous-clavière. Je vais déterminer maintenant

---

(1) Œuvres chirurgicales de Desault, par Bichat, t. II, p. 553.

les cas où chacune de ces opérations sera requise, et je décrirai ensuite la manière dont elles doivent être respectivement exécutées.

Les anévrismes axillaires se rencontrent rarement dans cette première période, où il y a possibilité de lier l'artère entre la tumeur et la clavicule. Les parties dont l'aisselle se compose offrent si peu de résistance que l'accroissement du sac est rapide après l'ouverture des membranes artérielles; la tumeur soulève bientôt le muscle pectoral, et en s'étendant sous ce muscle, rend impossible la ligature de l'artère sous la clavicule. Ce n'est donc que dans les cas où la maladie provient de la partie supérieure de l'artère brachiale que cette opération peut être entreprise.

M. Keate rapporte une observation d'anévrisme axillaire qu'il a guéri par la ligature de l'artère, immédiatement au-dessous de la clavicule. Un soldat âgé de vingt-cinq ans, avait été blessé à la main par une balle, et cinq semaines après, l'amputation de trois doigts de cette main devint nécessaire. Au bout de cinq mois, les plaies n'étaient pas encore guéries. Une matière purulente se formait sans cesse près du poignet,

et la tuméfaction ne diminuait pas après l'évacuation de la matière, mais s'emparait successivement de diverses autres portions du bras. Les artères de cette région n'offraient plus de pulsation. Une tumeur circonscrite se développait dans l'aisselle : d'abord on la distinguait à peine de la tuméfaction des parties environnantes : elle devint bientôt plus proéminente, et une forte pulsation s'y faisait ressentir. Le sommet de la tumeur s'amincit tellement en quelques jours qu'on pouvait facilement distinguer l'impulsion du sang par jets, *per saltum*, contre le sac. Le battement disparut; la tumeur devint dure, mais continua à augmenter. Elle s'ouvrit enfin quinze jours environ après que la pulsation s'y fut manifestée pour la première fois, et il en sortit une petite quantité de sang artériel. L'hémorragie fut arrêtée par la compression. Elle reparut au bout de quelques jours, et l'on s'en rendit maître de nouveau par la compression de l'artère sous-clavière contre la première côte. C'est dans cet état, dit M. Keate, que je vis le blessé, et malgré le pronostic défavorable que j'en portais, je résolus de saisir l'artère au-dessus de la partie malade et divisée, dans son passage sur la première côte. En conséquence,

je fis une incision oblique en bas ; je divisai les fibres du muscle pectoral qui se trouvaient dans ma route, et arrivé à l'artère, je passai, ou du moins je le crus, une aiguille courbe d'argent, garnie d'une double ligature, au-dessous de l'artère, et j'en liai les extrémités. Un examen attentif m'ayant fait ensuite découvrir que l'artère battait sous la ligature, je me déterminai à mettre un autre lien plus haut et plus près de la clavicule : en conséquence, j'enfonçai l'aiguille plus avant, et j'y compris évidemment l'artère. La tuméfaction du bras diminua par degrés ; la plaie suppura, et les ligatures se détachèrent. Le bras recouvra sa sensibilité ordinaire, et les articulations de l'épaule et du coude eurent de nouveau la faculté d'agir : quant au mouvement du poignet, il avait été détruit avant l'opération (1).

M. Pelletan essaya de lier l'artère axillaire immédiatement au-dessous de la clavicule. L'anévrisme était volumineux et remplissait l'aisselle ; mais un espace considérable existait encore entre la tumeur et la clavicule. M. Pelletan proposa de détacher le muscle pectoral de la clavicule dans toute l'étendue

---

(1) *London medical review*, pour l'année 1801.

de cet os, afin de découvrir l'artère et de pouvoir en faire la ligature. On lui fit observer alors qu'en divisant le muscle pectoral, la tumeur, privée de son soutien, pourrait tout-à-coup se rompre, et qu'au lieu de couper le muscle, il était plus sûr de comprendre quelques-unes de ses fibres dans la ligature en même temps que l'artère. Cette proposition fut adoptée; en conséquence, M. Pelletan enfonça son aiguille à diverses reprises, mais sans pouvoir la faire passer autour de l'artère, à cause de la profondeur où était cette dernière. L'opération fut donc abandonnée. Les souffrances du malade augmentèrent; il lui survint une inflammation de poitrine, et il mourut le vingtième jour après l'opération (1).

L'artère axillaire peut être liée immédiatement au-dessous de la clavicule de la manière suivante :

Le malade étant assis sur une chaise, les épaules légèrement inclinées en arrière, un aide se place à la partie postérieure pour comprimer l'artère sous-clavière contre la première côte dans le cas où une hémorragie

---

(1) Clinique chirurgicale, t. II, p. 49.

se déclarerait pendant l'opération (1). L'opérateur commence ensuite une incision semi-lunaire à travers les tégumens, à un pouce environ de l'extrémité sternale de la clavicule. Cette incision doit être continuée vers l'acromion, dans une direction courbe inférieurement, et dans une étendue de trois à quatre pouces, de manière à venir se terminer près du bord antérieur du muscle deltoïde (2). On mettra à découvert de la sorte les fibres du muscle pectoral, qui doivent être divisées dans la même direction et dans la même étendue que la plaie externe. Le lambeau semi-lunaire qui en résulte doit être ensuite soulevé, au moyen de la division du tissu cellulaire lâche qui unit le muscle pectoral aux parties soujacentes. On voit alors le petit pectoral qui croise la partie inférieure de la plaie, et si l'opérateur passe son doigt entre le bord supérieur de ce muscle et la

---

(1) Dans cette vue, l'aide doit être pourvu d'une pelote dure, composée d'une pièce de bois longue d'un pouce et large d'un demi-pouce, recouverte de cuir et fixée à l'extrémité d'une *clef*, semblable à l'instrument de ce nom employé par les dentistes.

(2) L'incision doit se terminer à l'intervalle qui existe entre les muscles deltoïde et pectoral, afin d'éviter la lésion de la veine céphalique.

clavicule, il pourra sentir distinctement les pulsations de l'artère axillaire. Dans cet endroit, l'un des nerfs cervicaux qui concourt à la formation du plexus axillaire, marche sur l'artère, et se trouve en contact avec elle, tandis que les autres nerfs sont placés derrière. Sur le cadavre, la veine axillaire est située au-dessous de l'artère ; mais pendant la vie, lorsque la veine est distendue, elle se gonfle sur l'artère et la cache. Toutes ces parties sont unies ensemble par du tissu cellulaire, que l'on doit séparer ou par une dissection attentive, ou en le déchirant avec un instrument mousse. L'artère étant mise à nu, l'opérateur passe autour d'elle une ligature à l'aide d'une aiguille à anévrisme. Les extrémités de la ligature doivent alors être tirées en dehors, et il faut introduire un doigt dans la partie inférieure de la plaie, de manière à comprimer la portion d'artère comprise dans l'anse de fil. Si réellement l'artère y est renfermée, la pulsation cessera à l'instant dans l'anévrisme ; mais il est possible qu'on ait pris pour elle un des nerfs cervicaux, à cause de la pulsation qui leur est communiquée par l'artère contiguë à ces mêmes nerfs. Le chirurgien, bien convaincu que l'artère est la partie comprise dans la ligature, serrera

cette dernière, et pansera la plaie simplement avec des bandelettes d'emplâtre agglutinatif.

Quand un anévrisme naît de l'artère axillaire, à l'origine de ce vaisseau, ou quand la tumeur de l'aisselle est très-volumineuse, et s'étend supérieurement de manière à rendre impossible l'opération au-dessous de la clavicule, il sera nécessaire alors de faire la ligature de l'artère sous-clavière. Il est peu d'opérations chirurgicales qui puissent s'exécuter avec plus de facilité sur le cadavre, que la ligature de l'artère sous-clavière, à l'endroit où elle sort de derrière le muscle scalène antérieur pour s'étendre sur la surface aplatie de la première côte. Lorsque les tégumens et le muscle peaucier sont divisés à la base du cou, l'artère est simplement recouverte d'un tissu cellulaire lâche, et le bord acromial du muscle scalène antérieur est un guide qui peut conduire le doigt dans sa situation précise. Mais chez le vivant, lorsque l'anévrisme est volumineux et qu'il s'étend supérieurement, il élève l'extrémité acromiale de la clavicule, de manière à diminuer l'intervalle entre la partie supérieure de cet os et la base du cou, et à rendre la situation de l'artère bien plus profonde que dans l'état ordinaire.

Il est alors extrêmement difficile, et quelquefois même impossible, de passer une ligature au-dessous du vaisseau. Il est donc particulièrement important que cette opération soit entreprise pendant que la tumeur de l'aisselle est petite et qu'elle n'a pas déplacé la clavicule. On doit desirer, en général, que l'opération de l'anévrisme soit faite dès le début de la maladie, parce que l'accroissement de la tumeur est accompagné de la destruction des parties environnantes, d'où résulte une guérison plus incertaine et plus longue. Dans cet endroit, les avantages de l'opération pendant la première période de la maladie sont encore plus grands, par les raisons que je viens d'énoncer. Le lecteur sera convaincu pleinement que le déplacement de la clavicule par l'accroissement de la tumeur peut, dans quelques cas, rendre impossible la ligature de l'artère dans ce point, quand il saura que M. Astley Cooper lui-même a été forcé une fois d'abandonner l'opération.

L'anévrisme était très-volumineux, et la clavicule avait été repoussée en haut par la tumeur, de manière qu'on ne pouvait point engager une ligature sous l'artère sans courir le risque d'y comprendre quelques-uns des

nerfs du plexus axillaire. On renonça en conséquence à l'opération (1).

On devrait toutefois l'entreprendre si les circonstances l'exigaient, quoique la clavicule fût sortie de sa position naturelle, parce que l'on peut, par des moyens mécaniques, placer une ligature autour d'une artère dans une plaie profonde et étroite. Desault a souvent éprouvé de la difficulté à passer l'aiguille à anévrisme ordinaire au-dessous des artères profondément situées. Il inventa, en conséquence, un instrument qui pourrait être employé avec avantage dans des cas semblables. Il consiste en une sonde d'argent droite à une de ses extrémités, et courbée à l'autre en forme de demi-cercle. Cette sonde renferme un stylet d'acier élastique, dont un des bouts est percé d'un œil, et se trouve assez long pour dépasser la sonde, qu'il remplit exactement. L'instrument est engagé sous l'artère, et lorsque son extrémité est parvenue vers l'autre côté du vaisseau, on le maintient avec force dans cette position, tandis qu'un aide pousse en avant le stylet élastique, dont le bout s'élevant du fond de la plaie, présente son chas

(1) *London medical review*, vol. II, p. 300.

au chirurgien pour y passer la ligature; on retire alors le stylet dans la sonde, et l'on ramène l'instrument tout entier de dessous l'artère, en laissant le lien autour du vaisseau (1).

Quelques changemens utiles ont été faits à cet instrument pour que l'on puisse engager la ligature au-dessous de l'artère, en même temps que l'on pousse en avant le stylet: par là, l'on obvie à l'inconvénient de passer la ligature dans l'œil de ce dernier, au fond d'une plaie profonde et resserrée. Dans cette intention, M. Henri Earle a démontré l'avantage de laisser une ouverture à la partie postérieure de la sonde capable de permettre le passage de la ligature, qui est introduite dans le chas du stylet avant que ce dernier soit poussé en bas de la sonde. M. Watt a recommandé un instrument dans lequel on laisse aussi une ouverture à la partie postérieure de la sonde. Le stylet est composé de deux parties : la plus longue portion, pourvue d'un manche, a la même étendue que la sonde, dans l'extrémité courbe de laquelle une aiguille d'acier

(1) Œuvres chirurgicales de Desault, par Bichat, t. II, p. 560.

élastique, longue d'un pouce et demi environ, est introduite : cette aiguille a un œil à une de ses extrémités dans lequel on passe la ligature. En poussant en avant le stylet, l'aiguille glisse sous l'artère, et peut être retirée de l'autre côté du vaisseau, en laissant autour de lui une ligature (1). Il est un grand nombre d'autres instrumens qu'on a proposés pour faire passer des ligatures sous les artères profondément situées (2) ; mais ceux dont je viens de donner la description me paraissent particulièrement convenables lorsque la plaie est assez profonde et assez resserrée pour rendre le passage de la ligature impossible avec une aiguille ordinaire à anévrismes.

Lorsque la clavicule est très-élevée, l'opérateur trouvera une difficulté extrême à faire le nœud de la ligature dans le fond de la plaie, sans tirer l'artère ou la soulever. Il doit donc être pourvu de deux instrumens, composés chacun d'une petite tige

(1) Ces instrumens ont été décrits et dessinés par M. Ramsden, dans ses *Observations sur le testicule et l'anévrisme* (*on the testicle, and on aneurism*), p. 312 et 314.

(2) *Voyez* le même, p. 307.

d'acier ou d'argent, percée au bout et fixée sur un manche. Chacune des extrémités de la ligature étant passée à travers une de ces tiges, et liée autour du manche de l'instrument, on pourra faire les nœuds sans introduire les doigts dans le fond de la plaie (1).

M. Ramsden a réussi à lier l'artère sous-clavière, quoique l'anévrisme eût beaucoup élevé la clavicule. Son observation est intéressante, et cependant le résultat n'en a pas été heureux. Elle montre les difficultés que l'on éprouve à faire cette opération lorsque la tumeur est volumineuse et la clavicule déplacée, en même temps qu'elle fait voir que la circulation du membre peut continuer après la ligature de l'artère sous-clavière. Elle est curieuse aussi, parce que c'est dans ce cas que la ligature de l'artère sous-clavière a été faite pour la première fois.

Le malade, âgé de trente-deux ans, éprouvait des douleurs excessives; il avait tous les signes d'une très-mauvaise santé et d'une anxiété particulière; il fut admis à l'hôpital Saint-Barthélemi le 2 novembre 1809, pour

(1) *Voyez* le même auteur, p. 309.

un anévrisme à l'aisselle droite qui s'était manifesté depuis environ quatre mois. La partie de la tumeur proéminant au dehors avait le volume de la moitié d'une grosse orange. Il existait aussi une tuméfaction très-considérable, et une distension au-dessous du muscle pectoral et des parties adjacentes, qui écartait l'épaule de la poitrine à une distance de plusieurs pouces; la température des deux bras était la même, et le pouls, dans l'artère radiale de chacun d'eux, se correspondait. Les souffrances du malade furent soulagées par la saignée; mais bientôt il se trouva incommodé de plus en plus par la pesanteur excessive de son bras; il perdit de nouveau le sommeil, et sa figure reprit ce caractère d'anxiété qu'elle avait la première fois que nous le vîmes. Le sixième jour après son entrée à l'hôpital, la pulsation de l'artère radiale du bras affecté devint plus obscure et cessa bientôt entièrement, ou se perdit dans l'œdème qui s'empara de la main et de l'avant-bras, et qui fit des progrès considérables. Le malade s'affaiblit, et l'élévation progressive de la clavicule, par suite de l'accroissement du volume de la tumeur, augmentait tellement de jour en jour les difficultés de l'opération future,

qu'une consultation fut convoquée à ce sujet : on y décida que l'opération serait différée afin de laisser le plus de temps possible aux branches d'anastomoses pour se dilater, d'autant que la tumeur ne paraissait pas mettre la vie du malade dans un danger imminent par aucune probabilité d'une rupture soudaine. Le soir du douzième jour cependant, le malade se plaignit d'une pesanteur et d'un malaise plus grand qu'à l'ordinaire dans le membre affecté. Alors on examina la tumeur, et l'on aperçut dans son centre une tache brune environnée d'un cercle inflammatoire qui menaçait la peau d'une destruction plus étendue. Il était dès-lors impossible de différer plus long-temps l'opération : elle fut faite le lendemain de la manière suivante.

Le malade ayant été placé sur une table à opération, la tête obliquement tournée vers la lumière, et le bras malade soutenu par un aide à une distance convenable du côté, « je fis, dit M. Ramsden, une incision à la peau et au muscle peaucier, le long du bord supérieur de la clavicule et dans une étendue de deux pouces et demi : cette incision commençait le plus près possible de l'épaule, et se terminait inférieurement à un demi-pouce environ du côté externe du muscle sterno-

cleïdo-mastoïdien. Cette incision divisa une petite artère superficielle qui fut liée aussitôt. La peau au-dessus de la clavicule étant alors soulevée, tant par mes propres doigts que par ceux d'un aide, je la divisai de dedans en dehors et en haut, dans la ligne du bord externe du muscle sterno-mastoïdien et dans une étendue de deux pouces. Mon aide ayant abaissé l'épaule pour placer au-dessus de la clavicule la première incision que j'avais faite le long du bord supérieur de cet os, je continuai la dissection des parties avec mon instrument jusqu'à ce que j'eusse parfaitement découvert le bord du muscle scalène antérieur, immédiatement au-dessous de l'angle qu'il forme en croisant le ventre de l'omo-hyoïdien et le bord du sterno-mastoïdien. Alors je plaçai mon doigt sur l'artère, dans l'endroit même où elle se présente entre les scalènes, et je n'éprouvai aucune difficulté à la suivre sans toucher à aucun nerf, jusqu'au bord inférieur de la première côte : là je la détachai avec mon ongle pour lui appliquer une ligature. Toutefois, je rencontrai dans cette partie de l'opération une difficulté qui surpassa de beaucoup mon attente, quoique je m'y fusse préparé. J'avais appris, en répétant un grand nombre de fois

cette opération sur le cadavre, qu'il était impossible de passer une ligature au-dessous de l'artère sous-clavière avec l'aiguille qu'on nomme communément *aiguille à anévrisme.* Je m'étais pourvu en conséquence d'instrumens de formes et de courbures différentes propres à surmonter la difficulté : tous conduisaient très-aisément la ligature sous l'artère, mais n'allaient pas plus loin, parce qu'étant composés de matières solides et fixés sur des manches, ils ne permettaient pas à leurs pointes de s'accommoder ensuite à la très-petite courbure résultant de l'espace étroit qui existait entre la première côte et la clavicule, et qui en outre, dans ce cas particulier, avait une profondeur extraordinaire, à cause de l'élévation antérieure de l'épaule par la tumeur. Après avoir essayé divers moyens pour en venir à bout, je saisis à la fin une sonde d'un métal ductile que je passai sous l'artère, et dont je ramenai l'extrémité de l'autre côté avec une paire de petites pinces : je réussis de la sorte à introduire ma ligature, et je liai la sous-clavière dans l'endroit dont j'ai parlé plus haut. Le nœud de la ligature se fit aisément ; la plaie fut réunie par la suture sèche, et le malade remis dans son lit.

La sensation pénible d'élancemens à l'extrémité des doigts du malade cessa à l'instant même de l'application de la ligature sur l'artère. Le soir du même jour, il eut une bien plus grande facilité pour remuer le bras, et, à tous égards, il souffrait moins qu'avant l'opération. La température des membres thoraciques paraissait la même, et, suivant le malade, le bras affecté était plus chaud que l'autre. Jusqu'au quatrième jour, les symptômes furent très-favorables; le malade dormait passablement; la tension de la tumeur était très-diminuée, l'œdème du membre avait presque disparu; la tache brunâtre qui existait sur la peau recouvrant la tumeur n'avait pas augmenté, et la température des deux bras était semblable. Le soir du quatrième jour, la tache de l'aisselle avait fait des progrès, un léger suintement avait lieu par une petite fissure qui s'était formée à son centre. La tension de la tumeur avait encore diminuée, et l'œdème de l'avant-bras et de la main était totalement disparu. Le malade éprouvait des symptômes de fièvre très-prononcés, et paraissait avoir une oppression de poitrine. La température continuait à être la même dans les deux bras. Le cinquième jour au matin,

la fièvre augmenta. La petite escarre du centre de la tumeur avait des bords plus marqués, mais néanmoins sans avoir fait de progrès. La plaie présentait un aspect favorable et n'était point douloureuse. Le malade se plaignait seulement d'une pesanteur considérable dans le bras affecté et d'une oppression de poitrine très-forte. La température des deux bras continuait à se correspondre. Vers midi, le malade fut agité et offrit quelques symptômes d'aberration d'esprit. Il se plaignit de la pesanteur de son bras. Son pouls était très-accéléré et intermittent. Les deux membres thoraciques avaient une chaleur égale. L'escarre de l'aisselle n'était pas plus séparée. Le soir, son pouls était trop rapide pour être compté; il présentait des intermittences. Le malade exprima le desir d'être placé sur son séant : les assistans ne pouvant y réussir, il fit un effort pour se lever lui-même; mais à l'instant des mouvemens convulsifs très-forts se manifestèrent dans la région du cœur, et il expira. A l'ouverture du cadavre, on trouva que l'artère sous-clavière, dans l'endroit où la ligature avait été appliquée, ne tenait plus que par quelques fibres déjà mortifiées. Chacune des extrémités de cette artère presque divisée ayant été ouverte, on

découvrit qu'elles étaient l'une et l'autre presque complètement consolidées et imperméables, et qu'elles contenaient un petit dépôt de lymphe coagulable qui adhérait d'une manière très-intime à la membrane interne du vaisseau. La tumeur anévrismale contenait environ deux pintes de sang, dont la plus grande partie était tellement fluide qu'il s'échappait par la plus petite piqûre faite au kyste. La face antérieure de la tumeur était recouverte d'une substance très-adhérente, ayant quelque ressemblance avec un sac; mais dans tous ses autres points elle était formée par des tissus non altérés, dans l'épaisseur desquels le sang était parvenu à s'infiltrer (1). »

Le malade qui fait le sujet de cette observation paraît avoir succombé à la fièvre et à l'irritation résultant de l'opération et de l'étendue de la maladie à l'aisselle. L'état de la température du membre prouvait évidemment que la circulation avait continué après la ligature de l'artère sous-clavière, et la condition du vaisseau dans l'endroit où la ligature avait été appliquée, montrait aussi que l'adhérence existait déjà à ses extrémités le

---

(1) *Voyez* Ramsden, *on the Testicle and on Aneurism*, p. 276, c'est-à-dire, sur le testicule et l'anévrisme, etc.

cinquième jour. Ces faits encouragèrent à répéter l'expérience dans une circonstance où l'anévrisme était petit et où l'opération pouvait être pratiquée avec facilité et avec bien moins de douleurs pour le malade. En 1811, l'artère sous-clavière fut liée à l'hôpital de Londres, pour un anévrisme de l'artère axillaire. Sir William Blizard m'a appris qu'il fit l'opération avec la plus grande aisance. Il ne rencontra aucune difficulté à passer la ligature au-dessous de l'artère avec l'aiguille commune à anévrisme. On appliqua une seule ligature. Deux jours après l'opération, les symptômes étaient si favorables, qu'on avait le plus grand espoir de voir le malade se rétablir. Le membre conservait sa température ordinaire, et l'on remarqua que le sang circulait librement dans ses veines; mais le malade, qui était avancé en âge et dont les forces étaient très-diminuées, mourut le quatrième jour.

On a vu prendre, dans une opération semblable, un des nerfs cervicaux pour l'artère, et le lier au lieu du vaisseau (1). Dans la plupart des opérations d'anévrisme, les bat-

---

(1) « Cela arriva dans une opération à laquelle j'assistais. Il s'agissait de lier l'artère, et je vis saisir pour

temens de l'artère mettent le chirurgien en état de décider quelle est la partie sur laquelle son doigt est placé; mais les nerfs cervicaux sont situés si près de l'artère sous-clavière dans son passage sur la première côte, qu'elle leur communique un mouvement de pulsation : de là vient qu'on peut prendre un de ces nerfs pour l'artère, dans les cas où la plaie est profonde et resserrée. Quelquefois aussi, dans l'opération de l'anévrisme, le chirurgien n'a pu découvrir la plus légère pulsation dans l'artère, quoiqu'elle fût mise à découvert et en contact avec son doigt. Dans un cas d'anévrisme inguinal, pour lequel je vis lier l'artère iliaque externe, l'opérateur ne put sentir le moindre battement dans l'artère lorsqu'elle fut mise à nu, quoiqu'il l'eût comprise entre son pouce et l'indicateur. Il n'en resta pas moins persuadé qu'il tenait le vaisseau, d'après sa position; il en fit, en conséquence, la ligature, et le résultat de l'opération prouva qu'il avait bien jugé. M. Deschamps a fait plusieurs

---

elle et lier en conséquence un des nerfs cervicaux agité par la pulsation de l'artère : la tumeur anévrismale se rompit bientôt après, et il en résulta une hémorragie funeste. » (Cooper's, *Surgical Dictionary*, *art.* Aneurism, p. 122, deuxième édition.

fois la même observation (1). S'il arrivait que les battemens de l'artère sous-clavière fussent imperceptibles lorsqu'on cherche à faire la ligature de ce vaisseau, on distinguerait difficilement l'artère du nerf, et le succès de l'opération dépendrait de la connaissance de la situation relative du vaisseau et des parties environnantes.

L'opérateur doit donc savoir que quand l'artère sous-clavière est sortie de derrière le muscle scalène antérieur, elle passe obliquement sur la surface aplatie de la première côte avec laquelle elle est en contact immédiat. Les nerfs cervicaux sont situés dessus et un peu derrière l'artère; la veine sous-clavière passe devant elle et sous la clavicule. Si l'on dirige le doigt vers la partie inférieure du bord acromial du muscle scalène antérieur, on trouve l'artère dans l'angle formé par l'origine de ce muscle et la première côte.

On peut faire l'opération de la manière suivante: le malade étant placé sur une table, dans une position horizontale, ou sur une chaise, l'épaule du côté affecté portée en bas autant que possible, l'opérateur divise la peau immédiatement au-dessus de la clavi-

---

(1) Observations sur la ligature des artères, etc., p. 49.

cule, depuis le bord externe de la portion claviculaire du muscle sterno-mastoïdien jusqu'au bord de l'insertion claviculaire du trapèze (1). Les bords de cette incision étant écartés, le muscle peaucier sera mis à nu : on divisera alors ses fibres avec précaution pour ne pas blesser la veine jugulaire externe qui se trouve immédiatement au-dessous, et à-peu-près vers le milieu de l'incision. Quand cette veine sera découverte, on la détachera des parties environnantes, et on l'entraînera vers l'épaule avec une érigne mousse. L'opérateur divisera alors avec l'instrument, ou séparera avec son doigt, le tissu cellulaire qui se trouve dans la partie moyenne de la plaie, jusqu'à ce qu'il arrive au bord acromial du muscle scalène antérieur. Il passera son doigt en bas du bord de ce muscle, cherchera l'endroit où il s'insère à la première côte, et sentira l'artère dans l'angle formé par l'origine

(1) Quelques chirurgiens recommandent, dans cette opération, de détacher de son insertion la portion claviculaire du muscle sterno-mastoïdien. Je ne vois pas les avantages qu'on peut retirer de cette pratique, quand on a l'intention de lier l'artère du côté acromial du muscle scalène antérieur. Elle est superflue, puisqu'elle n'augmente pas l'espace pour passer dans cet endroit la ligature au-dessous du vaisseau.

du muscle et la première côte. Il fera pénétrer alors la ligature au-dessous de l'artère, soit avec une aiguille à anévrisme ordinaire, soit avec celle qui est recommandée par Desault. L'opérateur tenant les deux bouts de la ligature, comprimera la partie qu'elle embrasse; et s'il observe que la pulsation cesse dans l'anévrisme, et que, par conséquent, l'artère est comprise dans la ligature, il nouera cette dernière et pansera la plaie avec des bandelettes d'emplâtre agglutinatif. Le malade étant replacé dans son lit, on lui fera légèrement incliner le cou du côté malade pour retenir en contact les bords de la plaie. Lorsque l'épaule et la clavicule sont repoussées en haut par un anévrisme axillaire, de manière que le passage de la ligature au-dessous de l'artère sous-clavière soit impossible du côté acromial du muscle scalène, il faudra faire la ligature du vaisseau du côté trachéal de ce muscle. Il peut être nécessaire aussi de lier le vaisseau dans cet endroit lorsqu'un anévrisme prend naissance de l'artère sous-clavière auprès de l'épaule, que la tumeur est petite, et qu'elle ne s'étend pas au-delà du bord trachéal du muscle scalène. Toutefois, cette opération sera rarement applicable aux anévrismes de l'artère sous-clavière, parce qu'en général la

tumeur occupe une si grande partie de l'espace au-dessus de la clavicule, qu'il est impossible de la lier dans aucun point (1).

Les anévrismes qui naissent de la courbure de l'aorte ou de l'artère innominée, s'étendent en haut, gagnent la région inférieure du cou, et peuvent être pris pour des anévrismes des artères carotide et sous-clavière. J'ai cité, dans la première partie de cet ouvrage, un cas où il fut proposé de lier l'artère carotide pour un anévrisme qui dépendait de l'artère

(1) Ce mode d'opérer n'est ni le plus facile ni le plus sûr. J'ai pratiqué souvent, et j'ai fait exécuter un grand nombre de fois sur le cadavre, à des élèves que j'exerçais aux opérations chirurgicales, un procédé que je tiens de M. le professeur Dupuytren. Il faut faire une plaie de trois ou quatre pouces d'étendue à la partie inférieure et externe du cou, et la prolonger jusqu'à la clavicule. Cette première incision, située derriere le bord externe du muscle sterno-mastoïdien, doit intéresser la peau, le tissu cellulaire et le muscle peaucier. On trouve alors quelques rameaux veineux qui se rendent dans les jugulaires; on doit les embrasser par deux ligatures et les couper dans l'intervalle. Une sonde cannelée, glissée sous le muscle scapulo-hyoïdien, en facilitera la section, et l'on arrivera enfin sur le bord externe du scalène antérieur. Un bistouri courbe et boutonné sera peu à peu, et avec précaution, porté à plat derrière ce muscle, à une profondeur convenable pour, en relevant l'instrument, diviser,

innominée et de la courbure de l'aorte, ainsi qu'on s'en assura par la dissection. Dans cette circonstance, l'étranglement occasionné par la résistance du sternum et de la clavicule était si considérable, qu'il paraissait possible de lier l'artère entre le sac et la poitrine. M. Allan Burns (1) a rapporté une observation d'anévrisme de l'aorte et de l'artère innominée où l'on voit que la tumeur montait au-dessus de la clavicule, et où elle pa-

---

près de son insertion, le tiers ou la moitié externe des fibres du muscle, et même sa totalité si la circonstance l'exige. Alors on découvre dans le fond de la plaie l'artère sous-clavière isolée et située dans l'aire d'un triangle dont le plexus brachial forme le côté supérieur, la veine sous-clavière le côté inférieur, et le muscle scalène la base. Ces parties sont tellement séparées les unes des autres, qu'on peut, sans aucune dissection, passer facilement une ligature autour de l'artère, en se servant de l'aiguille de M. Deschamps.

M. le docteur Post, chirurgien américain, a pratiqué, dit-on, il y a quelques mois, dans l'hôpital de New-York, la ligature de l'artère sous-clavière au-dessus de la clavicule : son opération a parfaitement réussi, et au bout d'un mois, le malade est sorti bien guéri de l'hôpital. On n'a pas pu me dire le procédé que l'opérateur a suivi pour faire cette ligature.

(*Note du traducteur.*)

(1) *Voyez* page 106.

raissait tellement provenir de l'artère sous-clavière, que l'opération fut conseillée (1).

Lorsqu'un anévrisme naît de la courbure de l'aorte ou de l'artère innominée, la tumeur, en général, paraît extérieurement auprès du sternum, et dans cet endroit il est assez facile de la distinguer d'un anévrisme de l'artère sous-clavière. J'ai cependant vu deux cas d'anévrismes naissant de l'aorte ou de l'artère innominée dans lesquels la tumeur s'avançait au-dessus de la moitié acromiale de la clavicule; et dans l'observation de M. Allan Burns, la première apparition du sac avait eu lieu plus près de l'acromion que du muscle sterno-mastoïdien, et dans un endroit où personne n'aurait pu croire qu'une tumeur venant de la cavité thoracique se fût frayée une route jusque là (2). Avant d'entreprendre une opération pour un anévrisme situé au-dessus de la clavicule, le chirurgien doit donc apporter tous ses soins à se bien assurer que la maladie ne provient ni de la courbure de l'aorte ni de l'artère innominée.

---

(1) *Surgical Anatomy of the head and neck*, p. 32, planche I et II; c'est-à-dire, Anatomie chirurgicale de la tête et du cou, etc.

(2) *Ibid.*, page 42.

La ligature de l'artère sous-clavière du côté trachéal du scalène offre des dangers particuliers, par rapport aux parties importantes qui ont des connexions avec cette portion du vaisseau. La paire vague et le nerf phrénique passent en cet endroit devant l'artère, et le ganglion cervical inférieur du nerf grand sympathique s'étend derrière elle. Du côté droit, le nerf récurrent passe autour de l'artère, et ce même nerf la sépare de l'œsophage du côté gauche. La veine sous-clavière est située immédiatement au-dessous de la clavicule, à la partie antérieure de l'artère : dans son état de collapsus, elle se porte au-dessous de ce vaisseau, tandis que lorsqu'elle est distendue, elle s'étend sur lui et le cache. Du côté gauche, le canal thoracique se trouve sur l'artère pour aller s'ouvrir dans la veine sous-clavière. L'artère étant en contact immédiat avec la plèvre, en passant une ligature au-dessous du vaisseau, il peut arriver qu'on déchire cette membrane. Près du bord du scalène, la sous-clavière donne naissance aux mammaire interne et thyroïdienne inférieure ; et un peu plus près du cœur, elle fournit la vertébrale. Si la ligature est appliquée vers l'origine de ces grosses branches, la circulation qui se continuera par elles empêchera pro-

bablement la formation d'un caillot dans le vaisseau; et dans ces circonstances, l'adhérence récente de l'extrémité de l'artère pourra être détruite par la forte impulsion du sang chassé dans un vaisseau aussi près du cœur (1). On doit donc faire en sorte que la ligature ne soit pas plus rapprochée de cet organe central de la circulation que ne l'est l'origine de l'artère vertébrale.

L'artère sous-clavière peut être liée de la manière suivante sur le côté trachéal du scalène, et sur le cadavre cette opération s'exécute avec facilité.

On fait à la peau et au muscle peaucier, immédiatement au-dessus de l'extrémité sternale de la clavicule, une incision horizontale longue de trois pouces. On passe un directeur au-dessous de l'insertion claviculaire du muscle sterno-mastoïdien que l'on divise. L'opérateur sépare avec son doigt, ou le manche de son instrument, le tissu cellulaire qui se trouve dans le fond de la plaie, jusqu'à ce qu'il arrive au muscle scalène antérieur. Il suit alors le bord trachéal de ce muscle pour parvenir à l'artère qui passe derrière lui. Les

---

(1) *Voyez* les observations faites précédemment sur cette cause d'hémorragie secondaire.

artères vertébrale et thyroïdienne inférieure naissent de la sous-clavière près du bord du scalène. En passant l'aiguille à anévrisme au-dessous de l'artère, l'opérateur doit employer les plus grandes précautions pour ne pas déchirer la plèvre sur laquelle l'artère est située.

Une autre manière de faire la ligature de l'artère sous-clavière droite est de détacher les deux insertions sternale et claviculaire du muscle sterno-mastoïdien, et de suivre l'artère carotide jusqu'à l'endroit où elle prend naissance de l'artère innominée. On trouvera dans cet endroit l'artère sous-clavière, et l'on pourra en faire la ligature, soit là, soit un peu plus près du scalène.

On a proposé de lier l'artère innominée dans des cas d'anévrisme de l'artère sous-clavière. Les faits que j'ai rapportés au commencement de cette section ainsi qu'au chapitre de l'anévrisme de la carotide, démontrent que la circulation dans le cerveau et dans le bras peut se continuer après l'oblitération des artères carotide ou sous-clavière. M. Allan Burns a trouvé que lorsqu'on liait l'artère innominée sur un cadavre, et qu'on poussait dans l'aorte une injection grossière, cette injection pénétrait facilement par les branches d'anastomoses dans les artères du bras droit,

en les remplissant complètement ainsi que les vaisseaux du cerveau (1). On a lié à-la-fois les deux artères carotides chez des animaux sans le moindre dérangement apparent des fonctions du cerveau, et, d'après ce fait, il est probable qu'on pourrait retrancher avec un égal succès la quantité de sang fournie par une carotide et une vertébrale. Il y a donc peu de doute que le cerveau et le bras recevraient la quantité de sang qui leur est nécessaire, malgré l'oblitération de l'artère innominée.

Il n'est pas difficile, sur le cadavre, en renversant la tête en arrière et en divisant la portion sternale du sterno-mastoïdien, ainsi que les muscles sterno-thyroïdien et sterno-hyoïdien, de suivre l'artère carotide jusqu'à l'endroit où elle prend naissance de l'artère innominée, et de passer une ligature au-dessous de cette dernière ; mais, sur le vivant, cette opération serait extrêmement difficile et périlleuse. Quand la tête est renversée en arrière, l'artère innominée est ramenée en haut à la base du cou ; mais il serait impossible à un malade de conserver cette position

---

(1) Burns, *on the surgical Anatomy of the head and neck*, page 51.

pendant une opération douloureuse. L'inflammation excitée dans les parties importantes situées à la région supérieure du thorax peut amener les conséquences les plus dangereuses, et la force de la circulation dans un lieu aussi proche du cœur peut déchirer l'adhérence de l'extrémité de l'artère, à moins qu'un caillot n'existe dans sa cavité. Il est difficile également d'imaginer un cas où la ligature de l'artère innominée soit nécessaire, parce que, dans toutes les circonstances, il sera aussi facile de lier l'artère sous-clavière du côté trachéal du scalène.

La ligature de l'artère innominée ou celle de l'artère sous-clavière du côté trachéal du scalène, doit être regardée comme extrêmement périlleuse. J'ai pensé toutefois que je devais décrire ces opérations, parce qu'il se rencontre des cas particuliers où le devoir d'un chirurgien est de les entreprendre (1).

---

(1) *Observation sur un anévrisme de l'artère axillaire guéri par la ligature de ce vaisseau au-dessous de la clavicule; par Richard Chamberlaine.*

Un nègre fort et musculeux, âgé de vingt-cinq ans, eut un anévrisme à l'aisselle gauche, occasionné par une plaie faite à l'artère axillaire avec la pointe d'un coutelas, le 5 octobre 1814. L'hémorragie, me dit-on, fut abondante et ne s'arrêta que par suite d'une syncope

long-temps prolongée. La plaie des tégumens se guérit en trois jours sans que l'hémorragie reparût. Ce ne fut qu'environ neuf semaines après l'accident que je le vis pour la première fois. La cicatrice était à peine sensible. La tumeur avait le volume d'une grosse orange, et ses pulsations étaient très-fortes. La douleur dans l'aisselle par suite de la pression des nerfs, paraissait extrême; mais il n'y avait pas d'œdême du bras ni d'élévation de la clavicule. La pulsation de l'artère radiale n'était pas si forte que celle de l'autre bras. La tumeur continua à faire des progrès jusqu'au 10 janvier; elle devint alors beaucoup plus dense, puisque je ne pouvais plus, comme dans le principe, faire sortir le sang de la partie qui proéminait en devant de l'aisselle. La pulsation dans l'artère radiale ne se faisait plus sentir, et la douleur à l'aisselle était devenue si atroce, qu'elle privait entièrement le malade de repos. Les tégumens, sur l'anévrisme et tout à l'entour, paraissaient sains. Il me sembla, après un examen attentif, que l'opération devenait le seul moyen de sauver la vie du malade, et qu'on ne pouvait pas la différer sans lui faire courir de grands dangers. En conséquence, je la pratiquai le 17 janvier 1815. On plaça le malade sur une table à opération avec un oreiller sous les épaules et la tête fut soutenue. Une incision transversale longue de trois pouces fut faite aux tégumens et au muscle peaucier, le long et sur le bord inférieur de la clavicule, à trois doigts de l'extrémité sternale de cet os, et on la termina à environ un pouce de l'acromion. Cette incision divisa une petite artère qui fut liée immédiatement. Une seconde incision longue de trois pouces fut pratiquée obliquement à travers les

tégumens sur les muscles deltoïde et pectoral, intéressant le premier de ces muscles presque dans son centre. On détacha ensuite la portion claviculaire du grand pectoral, et on enleva la graisse et le tissu cellulaire qui s'étendent sur les vaisseaux sous-claviers. L'artère fut alors découverte, et ses pulsations la firent aisément distinguer des parties contiguës; mais je ne pus, à cause de sa profondeur, la détacher ni passer la ligature au-dessous d'elle avec la facilité que j'espérais. Après plusieurs essais infructueux, je réussis, au moyen d'un stylet pourvu d'un chas et courbé à ce dessein, à l'embrasser avec une ligature; et ramenant l'extrémité de l'instrument avec une paire de pinces, je liai l'artère à l'endroit où elle sort de dessous la clavicule pour s'avancer vers l'aisselle. Le nœud ne fit éprouver que peu de douleur, et la plaie fut rapprochée par la suture sèche avant que le malade retournât à son lit.

Dans la soirée du même jour, le pouls resta dans son état naturel; la peau était fraîche, la chaleur du bras affecté paraissait plus grande que celle de l'autre. Le malade se plaignait de douleur dans la plaie.

18 janvier. Le malade n'a pas dormi de la nuit; la température des deux bras est la même; la tumeur anévrismale paraît moindre; la langue est nette et humide.

Six heures du soir. Le malade n'a pas dormi dans l'après-midi à cause de la douleur de la plaie; il se plaint de mal de tête : on lui prescrit une potion antimoniale.

19 janvier. Il a un peu reposé pendant la nuit; le pouls est plein et naturel, la langue blanche; il éprouve toujours de la céphalalgie; le bras affecté paraît beaucoup plus chaud; la tumeur est plus molle; il ne ressent pas de

douleur à l'aisselle depuis l'opération : on lui prescrit ne potion purgative.

Deux heures de l'après-midi. L'appareil est levé ; la plaie a un aspect favorable ; la potion a produit trois selles ; la langue est nette et humide ; le pouls est régulier ; le malade a un peu dormi dans la matinée ; le volume de la tumeur est évidemment moindre.

Six heures du soir. Le malade a dormi après le pansement ; il se plaint d'engourdissement dans les doigts et de picotemens dans la plaie, le pouls est plein, quoique régulier, le ventre libre : on répète la potion.

20 janvier. Le malade a passé une bonne nuit ; le bras affecté paraît plus chaud que l'autre et est couvert de sueur ; il n'éprouve pas de douleur dans la plaie ; le pouls est mou et régulier, la peau et la langue sont comme auparavant : on continue la potion.

21 janvier. La température des bras se correspond. Le malade a passé une bonne nuit ; tous les symptômes sont les mêmes qu'hier.

22 janvier. L'appareil a de nouveau été levé aujourd'hui ; la plaie se remplit de granulations saines ; le malade a passé une bonne nuit, et dit n'éprouver aucune douleur dans la plaie ou dans l'aisselle : on continue la potion.

23 janvier. La tumeur paraît considérablement moindre ; les bras ont la même température ; le malade a bien dormi ; le pouls est naturel ; les fonctions des intestins sont régulières : on continue la potion.

24 janvier. L'apppareil a encore été renouvelé aujourd'hui, et la plaie est couverte de granulations de bonne nature ; le malade a passé une bonne nuit ; les autres

symptômes sont les mêmes qu'hier : on continue la potion.

25 janvier. Le malade s'est tenu sur son séant la plus grande partie de la journée et a paru plus enjoué qu'à aucune autre époque depuis que je le vois ; la température des bras continue à se correspondre ; à tous les autres égards, il est comme hier : on continue la potion.

27 janvier. Nouveau pansement; la plaie va bien et se cicatrise sur ses bords ; le bras est beaucoup plus faible que l'autre ; la tumeur est de moindre volume et ne fait plus de saillie en arrière.

30 janvier. La ligature s'est détachée spontanément, et on l'a trouvée dans l'appareil. Les granulations s'étant élevées beaucoup au-dessus de la surface traumatique, on les a touchées avec le sulfate de cuivre : la température des bras est la même ; le malade est sorti de son lit et s'est promené.

22 février. La plaie est guérie ; la tumeur anévrismale est maintenant de la grosseur d'un œuf, et très-solide, mais ne cause aucune douleur quand on la touche. En comparant les deux membres thoraciques, celui du côté gauche me parut plus petit ; peu à peu la puissance musculaire de ce bras s'améliora, en sorte qu'il put reprendre de la force et de la fermeté (*a*).

(*a*) *A case of axillary aneurism, for which the artery was tied below the clavicle.* Voyez *Medico-Chirurgical Transactions*, vol. VI, p. 128. *London*, 1815.

(*Note du traducteur.*)

SECTION VII.

Des Anévrismes des artères brachiale, radiale et cubitale.

Quoique l'opération de la ligature de l'artère brachiale ait été décrite avec exactitude par quelques-uns des plus anciens auteurs de chirurgie (1), et que l'on rapporte des cas où cette opération a été faite avec succès (2), ce ne fut qu'à la fin du dernier siècle que l'on démontra les canaux par lesquels la circulation dans le membre continuait à avoir lieu après l'oblitération de ce vaisseau. Même du temps d'Heister (3), de

---

(1) Ætius, *Serm.* iv, *tetr.* iv, *cap.* x. — Paulus, *de Re medicâ*, *lib.* iv, *cap.* 37.

(2) Wiseman, livre i, chap. xvi, obs. v; livre v, chap. ii, obs. vi. — Purmann, *in Chirurgiâ curiosâ*, page 212. — Saviard, Obs. de chirurgie, obs. vii. — Ruysch, *Opera*, *obs. anatomico-chirurgicæ*, tome i, page 4. — Observ. d'Heister, observ. xlviii, et les cas où Teichmeyer et Trew ont réussi à guérir des anévrismes de l'artère brachiale en comprimant l'artère dénudée. *Voyez* Lauth, *Collect. script. de Aneurismat.*, page 549.

(3) *Voyez* Haller, *Disputationes chirurgicæ*, t. v, p. 149.

Sharp (1) et de Gooch (2), on croyait que lorsqu'un anévrisme du bras était guéri par l'opération, ce résultat était dû à la division de l'artère brachiale en artères radiale et cubitale, au-dessus de la tumeur, en sorte que si l'une de ces branches était liée, la circulation dans le membre devait se continuer par l'autre. Mollinelli et White (3) prouvèrent que les anastomoses entre les branches de la brachiale et les artères récurrentes radiale et cubitale pouvaient fournir à l'avant-bras la quantité de sang nécessaire pour sa nourriture, après l'oblitération de l'artère brachiale. White injecta et disséqua le bras d'une femme morte quatorze ans après la ligature de l'artère humérale pour la guérison d'un anévrisme au pli du bras. L'injection passa dans l'avant-bras par quelques communications larges et tortueuses entre les branches de la brachiale et les artères récurrentes radiale et cubitale. Le rameau d'anastomose

---

(1) *Treatise on the operations of surgery*, page 210; c'est-à-dire, Traité des opérations de chirurgie, etc.

(2) *Practical treatise on wounds*, etc., p. 180; c'est-à-dire, Traité pratique des plaies, etc.

(3) *Cases in surgery*, p. 139; c'est-à-dire, Observations de chirurgie, etc. White renvoie au cas de Mollinelli, dans les Act. Bonon., vol. 1, p. 72.

était la branche principale de l'artère brachiale qui contribuait ainsi à l'entretien de la circulation dans le membre.

Les canaux de communication entre les branches de la brachiale et les artères de l'avant-bras peuvent être démontrés par l'injection d'un membre sain. Ils sont formés par les anastomoses des branches de la profonde du bras et du *ramus anastomoticus* avec les artères récurrentes radiale, cubitale et interosseuse. Si l'artère brachiale est liée au-dessus de l'origine du *ramus anastomoticus*, la circulation se continuera par les anastomoses de la profonde avec les branches récurrentes des artères de l'avant-bras. Si la ligature est appliquée au-dessus de l'origine de la profonde, les branches ascendantes de ce vaisseau recevront du sang des artères circonflexe et sous-scapulaire, et ce sang sera transmis à la brachiale par l'origine de la profonde, ou bien il passera par les branches descendantes de la profonde dans les artères récurrentes radiale, cubitale et interosseuse. Si le commencement de la profonde est oblitéré, ses branches formeront une troisième série de canaux d'anastomoses par lesquels le sang passera des artères sous-scapulaire et circonflexe dans les branches qui s'ouvrent dans

les vaisseaux de l'avant-bras. Par cette disposition des vaisseaux d'anastomoses, la circulation n'est point interrompue dans le bras, quelle que soit d'ailleurs la portion de l'artère humérale qui soit oblitérée. M Pelletan a vu, en disséquant un cadavre, toute l'artère brachiale devenue imperméable (1). Dans ce cas, les trois séries des vaisseaux d'anastomoses que je viens de décrire ont dû être employées à l'entretien de la circulation dans le membre.

Les altérations morbides des membranes artérielles qui prédisposent à la formation de l'anévrisme se rencontrent rarement dans l'artère brachiale ou dans ses branches. On trouve quelquefois, chez les personnes très-âgées, un dépôt de matière calcaire dans les tissus de ces vaisseaux; mais je n'ai jamais vu un anévrisme du bras qui n'ait été produit par une violence accidentelle. Dans la plupart des cas où l'on a attribué l'origine de la maladie à une condition morbide du vaisseau, on peut toujours découvrir que, dans le principe de l'anévrisme, un exercice violent a déchiré tout-à-coup les membranes de l'artère (2). C'est donc dans les plaies et

(1) Clinique chirurgicale, t. II, p. 93.

(2) Le seul cas où il ait été prouvé par la dissection que

dans les anévrismes provenant des plaies que la ligature de l'artère brachiale sera en général nécessaire.

La formation d'un anévrisme au pli du bras est une suite assez fréquente de la blessure de l'artère brachiale dans l'opération de

---

l'anévrisme au pli du bras fut accompagné de ces changemens morbides des membranes artérielles qui prédisposent à la formation de l'anévrisme, se trouve dans l'ouvrage de M. Pelletan.

M. Pelletan lia l'artère brachiale pour un anévrisme volumineux au pli du bras. Une hémorragie survenue le dixième jour après l'opération affaiblit tellement le malade, qu'il en mourut au bout de quatre jours. En disséquant le cadavre, on trouva qu'un dépôt de matière calcaire s'était formé dans l'artère brachiale, à l'endroit où elle passe sous l'expansion aponévrotique du biceps. Une large fissure existait dans toute l'étendue de la partie du vaisseau qui avait été le siége de ce dépôt. (*Clinique chirurgicale*, tome II, p. 4.). Scarpa cite, d'après Paletta et Flajani, deux observations d'anévrismes de l'artère brachiale provenant d'une cause interne ; mais dans aucune des deux, l'état des membranes du vaisseau n'a été reconnu par la dissection. Dans l'une, la maladie survint après un craquement dans le bras, comme si un nerf se fût déchiré, et dans l'autre, elle commença après un effort qui mit tous les muscles du bras dans une contraction violente pour soulever un poids très-considérable (*Réflex. et Observ. anat. chir. sur l'Anév.*, par A. Scarpa ; trad. de l'italien par Delpech, p. 206 et 207,

la saignée. Lorsque le sang est épanché dans les parties environnantes de manière à constituer un anévrisme diffus, il sera nécessaire d'inciser jusqu'à l'artère, et de lier ses deux extrémités près de la plaie de ses membranes. Mais quand la tumeur est circonscrite, on

---

§ xiv et § xv). Il n'est pas fait mention dans le premier de ces cas du genre de violence qui fit ouvrir le vaisseau; mais il est évident, dans le dernier, que les membranes artérielles furent déchirées par une extension violente. Quoiqu'une condition morbide du vaisseau précède presque toujours la formation des anévrismes que l'on attribue à une extension violente du membre, il arrive quelquefois que les membranes d'une artère saine sont déchirées. Je crois cependant que le degré de violence qui produira cet effet sera suffisant, dans la plupart des cas, pour déchirer avec l'artère les parties environnantes, car l'élasticité d'une artère saine la rend particulièrement susceptible de s'étendre dans une direction longitudinale. J'ai examiné une préparation où l'artère brachiale avait été déchirée tout-à-coup en travers dans une chute violente. La formation d'un anévrisme considérable en fut la suite. Toute la circonférence de l'artère était aussi nettement divisée que si on l'eût coupée en travers avec un bistouri; les membranes en étaient parfaitement saines. Saviard rapporte une observation semblable (*Observations de chirurgie*, obs. vii). M. Pelletan dit qu'il a vu plusieurs fois la formation d'un anévrisme de l'artère axillaire être la suite d'efforts violens pour réduire des épaules luxées. (*Clinique chirurgicale*, tome ii, p. 95.)

agira comme pour un anévrisme provenant de la condition morbide des membranes du vaisseau, et on en obtiendra la guérison de la même manière, par la ligature de l'artère à une certaine distance de la maladie (1).

La ligature de l'artère brachiale à la partie moyenne du bras peut se faire de la manière suivante :

Le chirurgien divise les tégumens le long du bord cubital (2) du muscle biceps, dans une étendue de deux pouces et demi. Le fascia mince qui enveloppe le bras étant ainsi mis à nu, sera divisé avec précaution dans la direction de la plaie externe. L'artère s'étend immédiatement sous le fascia, près du bord du biceps. Le nerf médian est situé sur le côté cubital de l'artère, qui se trouve au milieu de deux veines. Le nerf cutané interne est aussi situé sous le fascia, à la partie moyenne du bras, et marche le long du bord cubital du nerf médian. Le tissu cellulaire qui unit ces parties doit être divisé de ma-

---

(1) *Voyez* la section dans laquelle il est traité des anévrismes provenant des artères blessées.

(2) Les termes de *radial* et de *cubital* sont employés par le docteur Barclay, dans sa Nomenclature anatomique, pour désigner ce qu'en langage vulgaire on appelle vaguement *le côté externe* et *le côté interne* du bras.

nière à découvrir parfaitement la tunique de l'artère. Cette partie de l'opération ne présentera pas de difficulté, pourvu qu'un aide, en comprimant l'artère au-dessus de la plaie, arrête la circulation dans sa cavité et la rende en quelque sorte aplatie. On introduit alors la pointe d'une aiguille à anévrisme du côté cubital de l'artère et on la fait passer de son côté radial, en évitant de comprendre le nerf médian ou les veines qui accompagnent le vaisseau. La ligature conduite de la sorte autour de l'artère étant serrée, on rapproche les bords de la plaie avec de petites bandelettes d'emplâtre agglutinatif. On évitera les bandages circulaires, et l'on placera le membre sur un coussin en le portant dans une demi-flexion.

L'artère brachiale se divise, en général, au pli du bras en trois artères qui sont la radiale, la cubitale et l'interosseuse. Cependant il arrive quelquefois qu'une de ces branches naît de l'artère brachiale dans un endroit plus rapproché de l'aisselle. Lorsque cette variété se rencontre pour l'artère cubitale, on a observé constamment que ce vaisseau sortait de dessous le fascia, et que dans son trajet il devenait superficiel dans la partie inférieure du bras. Mais quand l'artère radiale naît plus près

de l'aisselle, elle accompagne le plus souvent l'artère cubitale, au-dessous du fascia, jusqu'à ce qu'elle soit arrivée au pli du bras, et alors elle passe de l'autre côté du membre. Il est nécessaire qu'un chirurgien soit instruit de ces variétés, parce que, d'après celle de ces branches qui sera blessée, l'anévrisme qui en résultera demandera un mode particulier de traitement. Si un anévrisme naît d'une branche qui marche superficiellement, et que l'on sente l'artère immédiatement sous la peau et au-dessus de la tumeur, il sera convenable de la mettre à découvert et de la lier dans cet endroit. Mais si en voulant faire la ligature de l'artère brachiale comme à l'ordinaire à la partie moyenne du bras, l'opérateur, au lieu d'une artère en découvre deux marchant à côté l'une de l'autre au-dessous du fascia, il sera difficile de connaître celui de ces vaisseaux qui entretient la tumeur. On doit alors en comprimer un pour voir l'effet qui résultera sur la tumeur de la suspension de la circulation dans sa cavité. Si la pulsation cesse, il est évident que la maladie provient de ce vaisseau; si au contraire elle continue, il est également certain qu'elle dépend de l'autre branche, dont on fera à l'instant même la ligature. Ce mode

opératoire est sans contredit préférable à celui de renfermer les deux arteres dans la ligature.

Lorsqu'un anévrisme naît des artères radiale, cubitale ou interosseuse près du pli du bras, la maladie peut être guérie par la ligature de l'artère brachiale. Mais quand un anévrisme provenant des artères radiale ou cubitale a son siége à la partie moyenne de l'avant-bras ou au poignet, il sera nécessaire de lier le vaisseau qui lui a donné naissance près de la tumeur. La circulation récurrente, par les larges communications qui existent à la paume de la main entre les artères radiale et cubitale, serait suffisante pour entretenir la maladie, si l'on faisait la ligature de l'artère à une certaine distance de la tumeur : en effet, le sang qui vient de l'extrémité inférieure du vaisseau passera par le sac dans les branches qui naissent de l'artère entre la tumeur et la ligature. On doit donc lier l'artère aussi près que possible de l'anévrisme, en sorte que le sang qui s'y rend de l'extrémité inférieure du vaisseau, ne pouvant pénétrer plus avant, se coagule dans le sac. On a aussi recommandé de faire la ligature de l'artère tant au-dessus qu'au-dessous du sac, dans les anévrismes des artères ra-

diale ou cubitale. Cette pratique n'est nécessaire que quand la ligature a été appliquée à la portion supérieure de l'artère, à une certaine distance de la maladie. J'ai vu guérir un anévrisme dû à une plaie de l'artère radiale auprès du poignet, par la ligature de la portion supérieure du vaisseau, dans un endroit très-rapproché de la tumeur.

On peut lier l'artère radiale deux ou trois pouces au-dessous du pli du bras, en faisant une incision aux tégumens le long du bord cubital du muscle long supinateur du radius. Le fascia du bras étant découvert, on doit le diviser dans l'étendue de deux pouces à deux pouces et demi, afin de laisser un espace suffisant pour la séparation du long supinateur du radius d'avec le fléchisseur radial du carpe. Le tendon du muscle rond pronateur est placé sous ces muscles; l'artère passe sur lui ainsi que sur le long fléchisseur du pouce. Une branche du nerf musculo-cutané est située sur le côté radial de l'artère, qui quelquefois aussi est accompagnée d'une ou de deux veines. L'artère doit être bien découverte, afin que l'opérateur puisse engager la ligature au-dessous d'elle sans y comprendre le nerf ou les veines.

L'artère radiale est située plus superficiel-

lement au-dessous de la partie moyenne du bras, et l'on peut alors sentir ses pulsations plus distinctement. La ligature s'en fait en divisant les tégumens sur le côté radial du tendon du fléchisseur radial du carpe. La branche du nerf musculo-cutané abandonne l'artère et passe sous le long supinateur du radius, un peu au-dessous de la partie moyenne de l'avant-bras.

On peut lier l'artère cubitale au-dessus de la partie moyenne de l'avant-bras, en faisant une incision sur le côté radial du muscle fléchisseur cubital du carpe. Le fascia qui enveloppe le bras étant divisé, on séparera les fibres qui forment le fléchisseur cubital du carpe d'avec celles du fléchisseur sublime des doigts. On trouvera l'artère entre ces muscles, ou plutôt au-dessous du bord du fléchisseur sublime et sur le fléchisseur profond des doigts; elle est accompagnée d'une veine et du nerf cubital : ce dernier s'étend sur le bord cubital de l'artère.

Au-dessous de la partie moyenne du bras, le trajet de l'artère cubitale, comme celui de l'artère radiale, est plus superficiel. Il a lieu entre les tendons du fléchisseur cubital du carpe et du fléchisseur profond des doigts. Ce vaisseau garde la même position, par rap-

port au nerf cubital, qu'à la partie supérieure de l'avant-bras.

Quand l'artère cubitale naît de la brachiale au-dessus du coude, elle marche sur le fascia, et il est facile d'en faire la ligature dans un endroit quelconque de son trajet.

Cas d'anévrisme de l'artère axillaire dans lequel on a fait la ligature de l'artère sous-clavière.

Je suis redevable à M. Thomas Blizard de l'observation suivante sur un anévrisme de l'artère axillaire pour lequel il a fait tout récemment la ligature de l'artère sous-clavière (1).

Le malade était un homme robuste, âgé de quarante sept ans. Lorsqu'il fut admis à l'hôpital de Londres, le 10 janvier 1815, il avait à l'aisselle gauche une tumeur du vo-

---

(1) Depuis l'impression de ce traité, le docteur Colles de Dublin a publié l'histoire de deux anévrismes, dans l'un desquels il lia l'artère sous-clavière sur le côté trachéal des scalènes, et dans l'autre du côté acromial de ces muscles. Ces deux cas se sont terminés malheureusement. Je renvoie le lecteur, pour les détails de ces opérations, au Mémoire du docteur Colles, inséré dans le quarante-unième numéro du Journal de Médecine et de Chirurgie d'Edimbourg.

lume d'un petit citron. Elle était environnée par une tuméfaction qui, supérieurement, s'étendait sous le muscle pectoral jusqu'à la clavicule, et antérieurement presque jusqu'au sternum. Tout le membre était gonflé et œdémateux. Le malade se plaignait d'une douleur constante dans la tumeur et dans les parties environnantes, et en outre d'une sensation excessivement pénible qui, par intervalles, se manifestait à la paume de la main. Les tégumens qui recouvraient la tumeur étaient d'une couleur très-livide; il paraissait y avoir à sa surface une excoriation, et un léger suintement de sérosité avait lieu par sa partie la plus proéminente. La peau de la partie supérieure et interne du bras offrait une couleur rouge, érysipélateuse dans une étendue considérable. Une pulsation distincte pouvait être perçue à la base de la tumeur, mais elle devenait moins manifeste vers son sommet, où, pour ainsi dire, elle était parfois imperceptible. Aucun battement ne se faisait sentir dans l'artère radiale du bras malade, dont la sensibilité même était très-diminuée. Le pouls du bras droit battait avec une telle fréquence qu'il devenait difficile de le compter. Il n'y avait que peu de différence dans la température des deux bras. La

respiration était pénible et très-singulièrement irrégulière. La figure du malade exprimait une grande anxiété, et il se plaignait de vives douleurs dans tout le membre. Le 21 décembre 1814, en déchargeant une voiture, et soulevant avec sa main droite un poids considérable, tandis qu'il soutenait son corps avec l'autre, il sentit un craquement soudain et une douleur aiguë à l'aisselle gauche. Deux jours après, il observa une tumeur pulsative à l'aisselle, dont les progrès dérangèrent à un tel point sa santé, qu'il lui fut impossible de continuer ses travaux de laboureur.

L'artère sous-clavière fut liée de la manière suivante : une demi-heure après l'admission du malade à l'hôpital, on fit à la base du cou une incision de trois pouces à travers les tégumens, sur le côté acromial de la veine jugulaire externe, et parallèlement à cette veine. Le muscle peaucier étant divisé, on sépara avec le doigt le tissu cellulaire, jusqu'à ce qu'on eut senti la pulsation de l'artère sous-clavière dans l'endroit où ce vaisseau passe sur la première côte. Le doigt étant appuyé sur cette partie de l'artère, on ouvrit avec précaution, et au moyen de la pointe de l'instrument, la gaîne celluleuse qui l'environne. On passa ensuite très-facilement une

ligature au-dessous de l'artère avec une aiguille commune à anévrisme. La ligature étant serrée par un double nœud à la manière ordinaire, la plaie fut rapprochée avec des bandelettes agglutinatives. On ne vit pas le muscle omo-hyoïdien, et le malade perdit à peine quelques gouttes de sang pendant l'opération, qui ne dura que cinq minutes.

Aussitôt qu'on eut serré la ligature, la pulsation cessa dans la tumeur, et son volume s'amoindrit un peu. Le gonflement et la tension des parties environnantes diminuèrent; la douleur était très-abattue et l'aspect érysipélateux du bras beaucoup moins distinct. Le membre fut entouré de laine et de flanelle; on fit prendre au malade soixante gouttes de teinture d'opium. Dans la soirée, le pouls était fort et présentait cent huit pulsations: la peau avait de la moiteur; la température du bras gauche était un peu diminuée: l'opiat fut répété. Le lendemain matin de l'opération, la douleur était encore diminuée; la respiration paraissait meilleure, quoique encore un peu pénible; la température du membre, au-dessus du coude, conservait l'état naturel; au-dessous du coude et aux doigts, elle était très-baissée; la tuméfaction qui avait eu lieu au-dessous de la clavi-

cule persistait ; on ne sentait aucune pulsation au poignet ; un léger suintement d'un fluide sanguin se faisait par la tumeur ; le pouls était fort et présentait cent douze pulsations. Comme il n'y avait pas eu d'évacuations alvines, on fit prendre un purgatif au malade dont l'effet parut le soulager : on répéta l'opiat dans la soirée. Le lendemain, le bras devint plus sensible, et le malade éprouvait du picotement dans les doigts ; le bras était aussi chaud que l'autre au toucher et il transpirait librement ; on voyait aussi la circulation se faire d'une manière naturelle dans les veines ; la plaie s'était réunie et allait aussi bien que possible ; le gonflement au-dessous de la clavicule continuait à décroître ; une légère suppuration s'était manifestée à la partie la plus proéminente de l'anévrisme ; le pouls présentait cent quatre pulsations. Dans la soirée, le malade éprouva dans la main et dans les doigts des douleurs qu'il comparait à des crampes. L'ulcération de la tumeur augmenta ; le pouls offrait cent huit pulsations. L'opiat fut répété. Le malade passa une bonne nuit et il allait bien le matin du troisième jour. L'ulcération s'était étendue ; un écoulement d'une matière grumeleuse et sanguine avait lieu par la tumeur ; l'apparence érysipélateuse du

bras était très-diminuée, et le gonflement au-dessous de la clavicule continuait à décroître; la respiration devenait naturelle; le pouls présentait cent quatre pulsations. Dans la soirée, la suppuration de la tumeur fut plus abondante; les douleurs, semblables à des crampes, se faisaient toujours sentir dans les doigts : on donna cinquante gouttes de teinture d'opium. Le quatrième jour, en s'éveillant le matin, le malade fut fort alarmé d'une évacuation très-abondante de sang grumeleux qui s'était faite par la tumeur; il était très-agité; mais la partie ayant été pansée, il devint plus tranquille : il se plaignit seulement de langueur et d'un malaise général. Le pouls était plus faible et avait cent deux pulsations; la respiration paraissait plus difficile. Une toux assez légère qui tourmentait le malade augmentait encore sa douleur d'épaule; sa langue était blanche. Aucune évacuation intestinale ne s'étant faite depuis le dernier purgatif, on lui en donna un second. Dans la soirée, il fit son effet, et les symptômes en furent très-allégés. On appliqua un cataplasme sur la tumeur, qui se trouvait dans un état de suppuration; l'opiat fut répété. La nuit a été tranquille; mais le matin du cinquième jour, le malade s'est plaint

d'une douleur de poitrine qui augmentait par la toux ou par une forte inspiration. Les escarres se sont séparées facilement de la tumeur. Le gonflement et la dureté du bras semblent être beaucoup diminués, mais les facultés de sentir et de se mouvoir n'augmentent point. Le pouls reste irrégulier et a cent pulsations. Dans la soirée, le pouls offrait encore plus de fréquence; la peau était chaude et moite : l'opiat a été répété. Le sixième jour, la respiration devient plus courte et le pouls a cent vingt pulsations. Dans la journée, on observa à diverses reprises des tiraillemens des muscles, particulièrement à la main et à la figure; par intervalles, il y avait une légère confusion dans les idées. Le soir, la respiration paraît plus pénible; le pouls reste régulier et bat cent vingt-huit fois par minute; la plaie et la tumeur sont dans le même état. On observe à l'avant-bras et aux doigts une légère lividité qui disparaît par la pression, et qui revient ensuite, si ce n'est aux articulations des doigts annulaire et médius, où elle demeure stationnaire. On ordonne un peu de vin, et l'on répète l'opiat. Il passe une nuit très-agitée pendant laquelle il a souvent du délire. Le matin du septième jour, le délire continue et ses paroles n'ont

point de suite ; les tiraillemens des muscles sont plus généraux ; le malade se plaint d'une grande oppression et paraît souvent assoupi ; la respiration est courte ; le pouls donne cent trente-six pulsations, mais sans beaucoup d'irrégularité ; la langue est très-sèche ; le membre présente le même état que le jour précédent. Dans la soirée, une évacuation purulente copieuse a lieu par l'aisselle ; le gonflement de l'épaule et du bras cessent entièrement ; le délire et le tiraillement des muscles continuent ; le pouls est faible et a cent vingt-huit pulsations ; la respiration devient très-courte ; la plaie au-dessus de la clavicule offre une apparence favorable. La quantité de vin est augmentée ; on continue le cataplasme ainsi que l'opiat. Pendant la nuit, le malade a beaucoup de délire. Le matin du huitième jour, le pouls est faible, irrégulier et présente cent quarante pulsations ; la respiration est très-pénible et les traits du visage paraissent égarés ; la langue est sèche et couverte d'un enduit brunâtre ; le malade parle si vite qu'on peut à peine le comprendre ; les doigts annulaire et du milieu sont noirs. L'intensité des symptômes ne fait que s'accroître jusqu'à la nuit, où la mort arrive.

La dissection découvrit ce qui suit. La plaie

au-dessus de la clavicule contenait une très-petite quantité de pus ; la ligature était placée sur l'artère sous-clavière, à environ un tiers de pouce du côté acromial des muscles scalènes. La surface externe de l'artère, dans le voisinage de la ligature, se trouvait environnée de lymphe. L'extrémité de l'artère du côté acromial de la ligature contenait un coagulum sanguin conique, long d'environ un tiers de pouce ; ce caillot se terminait à l'origine d'une branche considérable. L'extrémité de l'artère du côté trachéal de la ligature ne renfermait point de caillot de sang, mais se trouvait fermée par un coagulum de lymphe d'une couleur blanchâtre. Le cercle de la ligature même était enfoncé dans une dépression résultant de la division des membranes interne et moyenne de l'artère. Le péricarde paraissait avoir été le siége d'une inflammation très-intense. Sa cavité renfermait environ une once de sérosité. Le cœur et la portion réfléchie du péricarde étaient recouverts de flocons de lymphe. La face postérieure du cœur, après que la lymphe eut été enlevée, était d'une couleur rouge foncée. La surface interne de l'aorte ascendante offrait une belle couleur écarlate. Sa membrane interne se trouvait dans un état

morbide, et était parsemée de beaucoup de points blancs. La surface interne des artères carotide droite et sous-clavière gauche était d'un rouge léger. On observait aussi la même chose, mais à un degré moindre, dans l'aorte abdominale. L'aisselle gauche présentait une large cavité dont toute la partie interne était dans un état de gangrène. Le sphacèle s'était étendu au sac anévrismal et à l'extrémité inférieure de l'artère qui communiquait avec lui, ainsi qu'aux nerfs brachiaux, aux veines et aux parties adjacentes; l'extrémité supérieure de l'artère et le commencement du sac n'étaient pas détruits. Les deux extrémités de l'artère, dans une étendue considérable, se trouvaient remplies d'un sang coagulé. Deux des doigts étaient complètement mortifiés (1).

---

(1) *Exemple d'oblitération des artères brachiale, radiale, cubitale, fémorale, poplitée et tibiale.*

Le cas intéressant que je vais rapporter m'a été communiqué par le docteur John Thomson, professeur de pathologie externe au collége de chirurgie, et professeur de chirurgie militaire à l'université d'Edimbourg.

M. H., âgé de trente-six ans, d'une constitution robuste, s'étant exposé au froid le 1er janvier 1814, éprouva des accès de chaud et de froid qui durèrent

jusqu'au 9, époque où il m'appela. Ses yeux étaient rouges et sa figure tuméfiée; le pouls avait de la fréquence et les évacuations alvines étaient nombreuses; elles paraissaient d'une nature bilieuse. Le malade éprouvait en outre de petites quintes de toux et une oppression de poitrine. On prescrivit des purgatifs, la diète et le repos. Pendant plusieurs jours, les évacuations bilieuses continuèrent; il eut des paroxysmes en froid et deux fois des vomissemens bilieux. Le quinzième jour, se trouvant beaucoup mieux, il commit l'imprudence de se lever et de quitter sa chambre à coucher. Le lendemain il se plaignit d'une douleur dans tout le côté droit de la poitrine; sa respiration était difficile, et il avait une petite toux; son pouls offrait quatre-vingt-seize pulsations par minute. Ses exacerbations en froid revinrent ainsi que les évacuations bilieuses. Mon ami M. Turner, qui donnait avec moi des soins à M. H***, lui fit une saignée d'environ douze onces de sang; les apéritifs furent continués. Le sang n'était pas couenneux. La toux cessa, et la douleur, en quittant la poitrine, descendit le long du côté. Deux jours après, elle se porta sur l'aîne droite, près de l'insertion du muscle pectiné, en s'étendant jusqu'à la jambe, et en affectant particulièrement la partie postérieure de ce membre et la plante du pied. Cette douleur fut très-violente pendant deux jours, et alterna entre l'aîne et le gras de la jambe. La chaleur était considérable dans la partie douloureuse de la cuisse, et l'artère fémorale battait violemment à l'aîne. La fièvre dura une semaine; le pouls présentait quatre-vingt-seize pulsations par minute : la peau était brûlante et se couvrait une fois chaque jour d'une transpiration abondante. La fièvre paraissait

s'être dissipée, mais le malade, s'étant de nouveau fatigué, fut attaqué de *rigor*, accompagné d'un grand abattement et de la sensation d'une boule comme dans l'hystérie. La fièvre persista sans amendement, et le pouls varia entre quatre-vingt-quatorze et cent douze pulsations.

7 février. On observa une tumeur un peu dure et douloureuse à la partie interne du gras de la jambe droite : cette tumeur disparut spontanément.

11 février. Le pouls est tombé à soixante-dix pulsations. Le malade a passé une nuit assez tranquille, mais néanmoins avec son oppression de poitrine ordinaire. Le pouls est mou et dicrote de cinq en cinq pulsations. Par l'avis du docteur Hamilton, qui a été consulté, et qui dès-lors a donné au malade les soins les plus assidus, on lui fait prendre chaque jour trois ou quatre verres de vin de Porto. Après les avoir bu, le pouls est devenu plus fort et plus régulier.

13 février. Il a eu trois évacuations alvines très-abondantes, d'une couleur très-noire, et semblables à du sang dissous. Un *rigor* très-grand a été suivi d'une transpiration très-abondante. Le pouls, quoique faible, est plus vif et plus régulier. Le malade se plaint d'une extrême langueur; sa figure est abattue et sa mémoire affaiblie.

14 février. Il a éprouvé un autre *rigor* suivi de sueur : il est très-faible et sans mémoire. Il boit près d'une bouteille de vin dans les vingt-quatre heures.

15 février. Il est mieux, plus recueilli et moins languissant.

20 février. Les évacuations alvines sont moindres, mais

elles n'ont pas encore repris leur couleur naturelle. Il a commencé à prendre une pilule mercurielle chaque soir. On les lui a fait discontinuer au bout de douze jours, parce que sa bouche commençait à être affectée légèrement. Ses forces reviennent; il passe de bonnes nuits; son appétit est meilleur, et les évacuations alvines reprennent peu à peu leur aspect naturel; son pouls offre quatre-vingt-quatre pulsations; enfin il allait assez bien lorsqu'il fut atteint d'une nouvelle série d'accidens.

Le 5 mars, sur les dix heures du matin, en s'appuyant sur la paume des mains, les bras étendus derrière lui, pour se lever sur son lit, il crut sentir quelque chose qui s'était rompu tout-à-coup à l'articulation du coude du bras droit. Il éprouva immédiatement après un engourdissement de la main et de l'avant-bras, et la sensation d'un resserrement circonscrit le long de la partie antérieure de l'articulation du coude. La main ne tarda pas à devenir froide : en cherchant à sentir son pouls au poignet, il fut surpris et alarmé de s'apercevoir qu'il avait entièrement cessé. Deux heures après, lorsque je le vis, on ne sentait pas de pulsation au poignet ni dans aucune autre partie de l'avant-bras, au-dessous de l'endroit où l'artère brachiale passe sous l'expansion tendineuse du biceps : dans cet endroit, le malade éprouve une sensation semblable à celle que causerait une corde liée autour du membre. Au-dessus, la pulsation de l'artère est forte, et à l'articulation du coude, elle paraît même plus forte qu'à l'autre bras. La pulsation est entièrement bornée à l'artère. On n'observe aucune tumeur; mais immédiatement au-dessus de la place où la pulsation a cessé, l'artère semble plus grosse et plus dure

que celle du bras opposé. La pesanteur continue ; la main est pâle et froide, mais elle sent et se meut parfaitement bien. Pendant plusieurs semaines, on avait distingué journellement le pouls à ce bras, et le jour précédent, il était dans son état naturel. Pendant la fièvre, le pouls, particulièrement dans les grosses artères, était fort et vibrant. Le malade avait éprouvé le matin une douleur à la partie supérieure de l'abdomen et avait eu une légère diarrhée. Le pouls, alors plein et fort, présentait cent huit pulsations, et était bien plus fréquent qu'il ne l'avait été depuis quelque temps ; néanmoins cette accélération du pouls était due probablement à l'anxiété. A trois heures, M. Turner le visita et trouva que la douleur avait augmenté au pli du bras. Le malade la comparait à la piqûre d'une lancette ; elle n'était pas pulsative, mais elle était accompagnée d'une sensation de picotement dans diverses parties de l'avant-bras. La pression à l'articulation du coude produisait de la douleur ; le malade ne s'en laissait pas moins librement examiner. La pulsation, vis-à-vis l'articulation du coude, paraissait plus forte que dans l'autre bras. On n'apercevait aucune tumeur. On distinguait seulement, mais avec difficulté, une faible pulsation dans l'artère radiale près du poignet, et en comprimant l'avant-bras, on observait que les veines du dos de la main se remplissaient lentement. Dans la soirée, la douleur devint plus intense, et s'étendit le long de la partie antérieure de l'avant-bras. Le pouls était plus faible à l'articulation du coude que dans le même endroit de l'autre bras. Au poignet, on ne pouvait presque plus le distinguer. La main, recouverte de flanelle, avait presque sa tempéra-

ture ordinaire. On fit prendre au malade une potion contenant trente gouttes de laudanum, et on l'engagea à discontinuer l'usage d'une solution d'acétate de plomb qu'on lui avait fait appliquer sur le bras.

6 mars. Ni tumeur ni gonflement ne se sont manifestés sur le bras; mais les parties qui environnent l'artère sont moins lâches, et l'on sent une légère dureté le long du bord interne du tendon du muscle biceps. La pulsation cesse encore au même point et n'est pas si forte qu'à l'autre bras. On sent une pulsation très-faible au poignet, mais elle est assez distincte le soir pour être comptée. La douleur augmente par la pression, et elle est plus intense à l'endroit où cesse la pulsation de l'artère; elle s'étend à un pouce au-dessus de cet endroit, dans le trajet de l'artère, et à deux pouces inférieurement sur le côté radial du bras. Le mouvement de l'articulation du coude, dans certaines directions, produit une douleur cruelle; mais il peut mouvoir les doigts sans la moindre incommodité. La main est chaude, et la pesanteur de cette partie a considérablement diminué. Un morceau d'éponge trempé dans une solution d'acétate de plomb a été placé le long de l'artère, à trois pouces au-dessus de l'endroit où cesse la pulsation, et une bande modérément serrée a été appliquée depuis les doigts jusqu'à la partie moyenne du bras.

7 mars. Ce matin, sur les six heures, le malade, en toussant, a éprouvé, au pli du bras, une douleur atroce qui l'a forcé d'enlever son bandage. Il y a plus de dureté et de tension au côté interne du tendon du biceps. La pulsation n'est pas augmentée; la douleur est moins aiguë à la pression, mais elle devient très-cruelle à chaque

effort pour plier le bras ou pour le mettre en supination. Le pouls n'est pas plus fort au poignet.

8 mars. La pression occasionne beaucoup moins de douleur, et il paraît y avoir une légère diminution de la dureté et de la tension du bras. La douleur est toujours intense lorsqu'on veut mettre le bras en supination, et le malade la rapporte au trajet du muscle rond pronateur du radius. La pulsation, à l'articulation de l'épaule, est encore diminuée; au poignet, elle est faible et variable. Le malade continue à se plaindre de douleurs intestinales et parfois de malaise général.

9 mars. Vers minuit, en remuant sa jambe droite, il éprouva une sensation soudaine de pesanteur et d'engourdissement, s'étendant depuis le jarret jusqu'en bas. Cette sensation était toute semblable à celle qui était survenue précédemment dans le bras. On chercha sur-le-champ la pulsation au jarret et au pied, mais elle avait entièrement cessé. M. Turner étant arrivé une demi-heure environ après cet accident, ne sentit aucune pulsation au jarret ou dans toute autre partie de la jambe. L'artère fémorale battait avec une grande force, et l'on pouvait distinguer ses pulsations en bas de la cuisse, à l'endroit où elle perce l'aponévrose du muscle troisième adducteur. La pulsation était bien plus forte dans cette cuisse que dans l'autre, quoique dans cette dernière elle fût forte et vibrante. Aucune partie de la jambe ne présentait de tumeur ni de gonflement. Le pied était froid, et de temps en temps le malade se plaignait d'une sorte de crampes dans diverses parties du gras de la jambe. Aucune partie du membre n'éprouvait de douleur par la pression. On fit environner le pied du

malade avec de la flanelle; on lui conseilla de placer son membre dans une position aisée, et de faire de douces frictions sur le gras de la jambe quand ses crampes reviendraient. Il passa toutefois une mauvaise nuit, à cause de la douleur brûlante qu'il ressentait au jarret et au pied, ce qui lui faisait croire que son pied était déchiré. Cette douleur dure encore, quoiqu'elle ne soit pas si continuelle. Chaque mouvement de la jambe ou du pied la produit. Le pied est engourdi, et au-dessous de l'articulation, il semble entièrement dépourvu de sensibilité, puisque le malade ne se plaint pas lorsqu'on en pince les tégumens. Il peut mouvoir les orteils et le pied, mais le mouvement des orteils paraît être produit par les muscles de la jambe; on n'aperçoit aucune action dans les muscles du pied. Cette dernière partie, découverte, se refroidit rapidement. Enveloppée de flanelle, elle conserve presque sa chaleur naturelle. On ne sent aucune pulsation au-dessous de l'endroit dont il a été fait mention. La pulsation de l'artère fémorale se fait remarquer d'une manière particulière, surtout à l'aîne. A l'origine de la crurale profonde, elle communique une sensation semblable à celle d'une tumeur pulsative. Le malade se plaint de douleur lorsqu'on comprime le trajet de l'artère à la partie inférieure et interne de la cuisse ou au jarret. Au pli du bras, la douleur occasionnée par le mouvement ou la pression est beaucoup diminuée. Il y a une sorte de dureté dans le trajet de l'artère brachiale, et cette dureté s'étend à un pouce et demi au-dessus et autant au-dessous de l'endroit où cesse la pulsation. La sensation et le mouvement volontaire du bras sont parfaits. Le pouls est plein et offre cent huit pulsations; il communique, prin-

cipalement dans les grosses artères, une sensation de bruissement. On observe une forte pulsation à l'abdomen, le long du trajet de l'aorte. Les fonctions du ventre sont régulières, la langue nette, la peau chaude et moite. On lui a recommandé de mouvoir de temps en temps le pied, en sorte que la pression ne soit pas trop prolongée sur aucune de ses parties, et on lui a fait discontinuer les frictions.

10 mars. La douleur, qui avait diminué pendant la nuit, est revenue le matin. Le pied a une tendance à se refroidir, quoiqu'enveloppé de flanelle et environné de bouteilles d'eau chaude. On a remarqué ce matin plusieurs taches de couleur pourpre sur le tarse et sur la partie antérieure de la jambe, et à deux pouces environ au-dessus de l'articulation : ces taches, lorsqu'on les examine, paraissent être formées par de petits vaisseaux remplis de sang ; elles ne sont accompagnées ni de gonflement ni de dureté, et la pression ne change pas leur apparence. Le pied demeure insensible ; dans la soirée, on a observé à sa surface un peu de moiteur. La compression de l'artère sous le triceps et le mouvement du genou excitent une douleur cruelle dans la partie inférieure et postérieure de la jambe. La douleur du bras est presque entièrement dissipée. La pulsation de l'artère brachiale s'étend jusqu'à l'expansion tendineuse du biceps; mais elle n'est pas si forte que dans le bras opposé. Le pouls est devenu bien plus distinct au poignet ; il a cent huit pulsations; la langue est plus blanche qu'elle ne l'a été depuis plusieurs semaines; les fonctions du ventre sont régulières. Le malade transpire abondamment au moindre exercice, après avoir mangé ou quand

il est assoupi : il ne peut s'étendre sur le côté gauche. L'action du cœur, après plusieurs examens attentifs, a paru dans l'état naturel, quoiqu'elle soit forte.

11 mars. Le malade est extrêmement agité : il a éprouvé de vives douleurs pendant la nuit. La température du pied malade continue à être inférieure à celle du pied opposé, et sa sensibilité n'est pas revenue. L'efflorescence s'est étendue. Plusieurs petites veines bleuâtres se font remarquer sur la surface du pied, ainsi que d'autres branches plus grosses autour de l'articulation; on les fait vider en appuyant doucement le doigt à leur surface, et puis elles se remplissent lentement de nouveau. La pression produit une vive douleur à la partie interne et inférieure de la cuisse, au jarret, et à la partie supérieure du mollet. Le mouvement de la jambe en occasionne également une très-grande. Un bandage ayant été appliqué aujourd'hui sur ce membre, le malade a éprouvé des palpitations, du malaise et une faiblesse. Le pouls a cent dix pulsations; la transpiration est très-fréquente et très-abondante. Les fonctions des intestins sont entretenues par des pilules de rhubarbe; il prend un opiat en se couchant, et environ six verres de vin dans la journée.

12 mars. La douleur du pied a considérablement diminué. Des branches veineuses très-multipliées se font remarquer à la racine des orteils et à la surface du pied. Lorsqu'on les vide par la pression, elles se remplissent de nouveau. La température du pied a un peu augmenté.

13 mars. Dans la soirée d'hier, le pied a pris une couleur rouge qui disparaissait par la pression, et qui revenait ensuite lentement. Il était tuméfié, et l'on observa sous la plante du pied plusieurs efflorescences qui conservent

aujourd'hui le même aspect. Les branches veineuses sont beaucoup moins distinctes; le pied a presque sa température naturelle; le malade est bien moins agité et bien moins inquiet que dans la soirée précédente; il éprouve moins de douleur au jarret et à la partie inférieure de la cuisse, et supporte plus facilement le mouvement et la pression. La pulsation de l'artère à la partie inférieure de la cuisse n'est pas si forte; le pouls offre cent dix-huit pulsations.

14 mars. Le malade a passé la nuit sans douleur et sans sommeil. Le pied est livide, froid et œdémateux; sa coloration ne disparaît pas si aisément par la pression, et les ramifications veineuses sont moins apparentes. Il se plaint de douleur quand on comprime la jambe un peu au-dessus de l'articulation du pied, et il y a dans cet endroit un peu de dureté. La température de la jambe est naturelle au-dessus de cette partie. Aujourd'hui, il a ressenti plusieurs fois une sorte de picotement douloureux qui s'étendait depuis le gros orteil jusqu'au jarret. Le pouls est plus mou : il offre cent huit pulsations. Le malade continue l'usage du vin et de l'opiat, et on lui fait prendre un scrupule de quiquina trois ou quatre fois par jour.

15 mars. Le malade a été agité, n'a point dormi et ne peut s'étendre dans une position horizontale. Le pied est plus livide et plus dur; il est survenu, immédiatement au-dessus de l'articulation, un gonflement douloureux à la pression, et accompagné de chaleur. Quand le malade tousse, il ressent de la douleur dans l'aîne, à l'artère fémorale; la pulsation dans cet endroit n'est pas si forte qu'antérieurement. Le pouls est plus faible et offre cent douze pulsations.

16 mars. Le malade se plaint d'une douleur cruelle et brûlante dans l'articulation et dans le pied ; plusieurs vésicules se sont manifestées sur cette dernière partie. Le gonflement, la dureté et la chaleur de la jambe ont augmenté, et s'étendent jusqu'à la partie inférieure du côté externe du gras de la jambe. Le pouls a cent dix pulsations. On continue l'emploi du vin, de l'opiat et du quinquina.

17 mars. L'inflammation s'est étendue en haut du gras de la jambe, avec augmentation de chaleur, mais sans rougeur. Le mouvement ou la pression occasionnent une douleur cruelle; mais il y a des instans où le malade se trouve bien. Le pied a la même apparence qu'hier ; il n'est pas froid. Le malade prend trente gouttes de laudanum toutes les quatre ou six heures. Le pouls varie entre cent quatorze et cent vingt pulsations.

18 mars. Le malade a passé une bonne nuit et a pris environ cent gouttes de laudanum en trois doses. La compression lui fait éprouver moins de douleur à la jambe. Le pied est très-livide, et au-dessus de l'articulation il y a des taches semblables à celles qui se sont d'abord manifestées sur le pied. Les vésicules augmentent sur cette dernière partie.

19 mars. Plusieurs larges phlyctènes se sont montrées au-dessus de l'articulation, particulièrement à la partie postérieure du tendon d'Achille. Le gras de la jambe est gonflé et œdémateux. Le malade a ressenti une douleur très-intense dans la jambe et dans le pied ; il paraît plus faible et a transpiré abondamment. Le pouls est bien plus mou, et varie entre cent dix et cent quatorze pulsations. Le malade prend environ trente-cinq gouttes de laudanum toutes les quatre heures.

20 mars. L'opium a allégé la douleur; mais le malade paraît languissant; sa respiration a été très-laborieuse pendant trois heures, et cette oppression s'est terminée par un quinte de toux très-violente et par l'expectoration d'une quantité considérable de mucus rougeâtre. Le pouls offre cent vingt pulsations. Le malade se plaint de mal à la gorge, et il paraît en effet y avoir quelques aphtes dans cet endroit. L'aspect livide de la partie inférieure s'étend à trois pouces au-dessus de l'articulation, et se termine brusquement sans aucun cercle inflammatoire; la pression ne produit aucune douleur dans les parties livides; mais il n'en est pas de même immédiatement au-dessus d'elles. On n'aperçoit aucune veine sur le pied ou autour de l'articulation. Une lotion composée de parties égales de vinaigre tiède et d'eau a été appliquée sur la jambe. On a omis le quinquina, en continuant toutefois le vin et l'opiat.

21 mars. La respiration est constamment fréquente et laborieuse avec aggravation des paroxysmes. L'expectoration sanguine paraît être facilitée par une potion où entre l'esprit aromatique d'ammoniaque. Le pouls est à cent vingt pulsations. Le malade se plaint peu de sa jambe.

22 mars. Il paraît plus faible; le pouls est entre cent vingt et cent vingt-six pulsations. Il se plaint davantage de sa douleur de jambe. Les parties décolorées de la jambe et du pied ont repris une teinte rouge brillante depuis l'application du vinaigre.

23 mars. Ce matin, le malade paraît très-faible et épuisé, quoique dans la nuit sa respiration ait été plus facile. L'expectoration sanguine a cessé. Le pouls a cent

vingt pulsations ce matin, mais il est tombé dans la journée à cent huit : il est faible et mou. Le malade transpire beaucoup ; sa peau est visqueuse ; sa soif est excessive et son appétit presque nul. Depuis la nuit dernière, les tégumens de la partie externe de la jambe, presque jusqu'à la hauteur du genou, sont devenus d'une couleur pourpre, et se sont en même temps couverts de plusieurs phlyctènes. La pression, dans toute l'étendue de la jambe, n'occasionne que très-peu de douleur. On discontinue la potion avec l'ammoniaque.

24 mars. La respiration, quoique pénible encore, est cependant moins difficile. Le pouls est faible et a cent huit pulsations : on ne peut le sentir à l'artère radiale du bras droit.

25 mars. Le malade transpire abondamment et boit beaucoup ; sa respiration est évidemment moins pénible. Le pouls, ce matin, offre cent huit pulsations ; dans la soirée, il est mou et descendu à quatre-vingt-dix-huit. La langue est sèche et recouverte d'un enduit brun. La jambe entière est décolorée.

26 mars. Le malade éprouve moins de peine, et sa respiration n'est pas si difficile. Le pouls est entre quatre-vingt-dix et quatre-vingt-quatorze pulsations. Vers midi, ses idées ont été un peu incohérentes ; mais il a eu des momens lucides dans le reste du jour. Il a pris un peu de vin et d'opiat de six heures en six heures.

27 mars. Vers le milieu de la nuit dernière, il a éprouvé un malaise d'une demi-heure. S'étant levé sur son séant pour faire arranger son oreiller, il est tombé tout-à-coup sur le dos, et, après deux ou trois inspirations profondes, il est mort. Quelque tems avant d'expi-

rer, il jouissait entièrement du mouvement volontaire et de la sensibilité de sa main et de son avant-bras. Il y avait une légère dureté, dans le trajet de l'artère, à l'articulation du coude; mais le malade n'éprouvait pas de douleur dans cet endroit. La douleur à la partie inférieure de la cuisse et au jarret avait entièrement disparu.

Dissection. On découvrit l'artère brachiale et on la suivit jusqu'à la partie antérieure du coude, où elle était enveloppée dans une masse épaisse composée du tissu cellulaire environnant, de veines et de nerfs qui adhéraient intimement ensemble et à l'artère. Cette dernière ayant été ouverte, on trouva qu'elle était imperméable immédiatement avant sa division en artères radiale et cubitale. Dans cet endroit, son calibre était très-resserré et rempli par un caillot cylindrique d'une lymphe consistante qui s'étendait à environ un quart de pouce au-dessus de la division du vaisseau, et qui adhérait d'une manière intime à sa surface interne. L'orifice d'une grosse branche artérielle était situé immédiatement au-dessus de la terminaison de ce caillot lymphatique. L'artère radiale était oblitérée dans une étendue de près d'un pouce et un quart; son calibre était très-contracté; il était rempli d'une lymphe adhérente à sa membrane interne, qui se terminait par un prolongement de forme conique, long de deux lignes, et s'avançant inférieurement dans le tube de l'artère. L'oblitération se bornait seulement au commencement de l'artère cubitale, dont la membrane interne se terminait, près de la partie supérieure de la portion oblitérée, en un rebord distinct d'un demi-pouce environ, et dirigé obliquement dans la partie inférieure de l'artère. Les membranes de l'artère, dans la portion oblitérée,

étaient dures, épaisses, d'une couleur plus blanche qu'à l'ordinaire, et intimement unies aux parties environnantes. Au-dessus et au-dessous de l'oblitération, le vaisseau paraissait sain à tous autres égards. En incisant l'extrémité inférieure de la cuisse et la partie supérieure de la jambe, il s'écoula une quantité considérable d'une sérosité claire; les muscles de ces deux membres étaient plus pâles que de coutume; mais plus bas, dans l'endroit où la peau était décolorée, les muscles étaient d'une couleur foncée, mous, et se déchiraient facilement. On remarqua, en faisant ces incisions, des quantités considérables d'un sang noir coagulé, dans plusieurs places. En suivant les vaisseaux, on trouva un endurcissement très-grand, ainsi que des adhérences, à l'endroit où l'artère fémorale perce l'aponévrose du triceps, et à la partie supérieure du jarret. On ouvrit l'artère, et l'on découvrit un sac ovale dans son trajet, immédiatement après que le vaisseau a passé à travers l'aponévrose du troisième adducteur. Ce sac contenait une substance solide, semblable à de la lymphe, et ayant la forme et le volume d'une noisette. La surface de ce coagulum était recouverte d'un fluide épais et grisâtre, ressemblant à du pus. Le coagulum n'adhérait que supérieurement au sac qui lui servait d'enveloppe, mais là il lui était uni d'une manière très-intime. Immédiatement au-dessus de ce sac, le canal de l'artère était oblitéré dans l'étendue d'un demi-pouce; ses membranes étaient très-épaissies; ses parois se trouvaient en contact, et adhéraient les unes aux autres. Depuis la portion oblitérée, un large caillot conique d'une lymphe coagulable s'étendait en haut du vaisseau, dans une longueur de trois pouces. A la distance de dix-huit lignes au-

dessous du sac, les membranes de l'artère étaient épaissies, et sa cavité se trouvait remplie d'une lymphe coagulable très-consistante qui adhérait intimement à sa surface interne, et qui envoyait inférieurement un prolongement conique, long d'un demi-pouce. Le sac paraissait être formé de plusieurs couches; celle qui était à la partie interne provenait des membranes artérielles, mais on n'y pouvait distinguer ni fibres circulaires ni rien qui indiquât le feuillet interne du vaisseau. A l'union du sac avec la portion inférieure de l'artère, la membrane interne de cette dernière se terminait par un rebord bien marqué. La couche interne du sac semblait être formée par la tunique dilatée de l'artère, et les autres étaient composées du tissu cellulaire environnant. Au-delà de l'oblitération inférieure, l'artère poplitée était perméable et vide dans une étendue d'environ deux pouces; elle paraissait saine à tous égards, à l'exception d'une fissure cruciale ou d'un déchirement de ses membranes internes, vis-à-vis de l'origine d'une grosse branche qui prenait naissance de cette portion du vaisseau. Au-dessous de cet endroit, l'artère était oblitérée de nouveau, dans une étendue d'un pouce et demi, par de la lymphe épanchée dans sa cavité et adhérente à ses parois, mais non d'une manière aussi forte que dans les autres portions oblitérées dont nous avons déjà parlé. Cette partie imperméable se terminait par un sac mince qui aurait contenu une petite fève, et qui était rempli d'un fluide purulent, semblable à celui qu'on avait trouvé dans le sac de l'artère fémorale. Le kyste se déchirait aisément; sa surface interne était bien marquée et d'une couleur blanche; mais elle paraissait être unie avec l'artère tant à sa partie supérieure qu'à sa partie

inférieure : l'origine de l'artère tibiale antérieure se trouvait à sa partie moyenne. Les membranes de ce vaisseau étaient tellement épaisses que sa cavité s'en trouvait presque oblitérée. Au-dessous du sac, l'artère tibiale postérieure était remplie de lymphe dans une étendue de deux pouces : cette lymphe adhérait au vaisseau et se terminait par un caillot conique à l'endroit où naît l'artère péronière. La membrane interne des portions supérieure et inférieure de l'artère se terminait brusquement à l'entrée du sac. Les dépôts de lymphe trouvés dans les quatre portions oblitérées de l'artère s'arrêtaient toujours vis-à-vis de l'origine des branches naissant du tronc artériel. L'artère péronière conservait son état naturel dans un petit espace; mais tout-à-coup ses tissus devenaient durs et épais, et son canal était presque fermé. Au-delà de cet endroit, sa membrane interne était d'une couleur pourpre foncée, et ses tissus, en général, avaient perdu leur élasticité. La veine fémorale adhérait à l'artère; ses parois étaient épaissies dans ce point et son diamètre un peu diminué. Plus bas, sa cavité était occupée, dans plusieurs places, de sang coagulé. L'artère fémorale était saine au-dessus de la première oblitération, aussi-bien que les portions de l'aorte qui furent examinées. Le cerveau ne présentait qu'un léger épanchement de sérosité à sa surface. On ne découvrit aucune altération dans l'abdomen. Il y avait environ dix onces d'une sérosité sanguinolente d'épanchées dans le côté gauche du thorax, et environ la moitié de cette quantité d'un sérum limpide dans le côté droit. Les poumons étaient sains. Le cœur était volumineux, mais sa structure ne présentait rien de remarquable. La singularité de ce cas

SECTION VIII.

Anévrisme inguinal.

On savait depuis long-temps que les membres abdominaux pouvaient recevoir une quantité suffisante de sang pour nourriture, même après l'oblitération des artères fémorales au-dessus de la crurale profonde, lorsqu'on imagina de guérir des anévrismes inguinaux par la ligature de l'artère iliaque externe.

Marc-Aurèle Séverin rapporte l'histoire d'un anévrisme énorme à l'aîne, qui fut guéri par le sphacèle de la totalité de la tumeur (1). Gavina communiqua à Guattani un cas d'anévrisme inguinal qui fut attaqué de gangrène. Une quantité immense d'escarres composées du sac anévrismal et des parties adjacentes se détacha, et le malade

m'engagea à prier mes amis M. Newbigging et le docteur Gorden de visiter avec moi M. H***; ils eurent plusieurs fois l'obligeance de m'accompagner. Le docteur Gorden fut même assez complaisant pour assister à la dissection.

(1) *De Reconditâ naturâ abscessuum*, p. 199.

survécut cinq semaines à la destruction de l'artère fémorale, au-dessus de l'origine de la profonde; il ne succomba que par l'impuissance des forces vitales à guérir l'ulcération étendue qui était restée à l'aîne. On trouva par la dissection que l'artère iliaque externe était très-contractée et remplie d'un caillot consistant (1). Dans un cas semblable, rapporté en 1784 par le docteur Clarke, la tumeur ayant acquis le volume d'un melon, fut attaquée de gangrène et s'ouvrit. Les escarres s'étaient séparées complètement, lorsque le malade fut atteint d'une affection aiguë de poitrine qui l'emporta (2). On trouva par la dissection que l'artère iliaque externe était remplie d'un coagulum solide. Maximini ayant ouvert un anévrisme qui s'étendait depuis l'os pubis jusqu'à la crête de l'iléon, Guattani appliqua des compresses graduées sur l'ouverture de l'artère, les retint au moyen de bandages et prévint par là l'hémorragie. L'appareil ayant

---

(1) GUATTANI, *De externis Aneurismatibus*, hist. XVII, p. 63.

(2) DUNCAN'S, *Medical commentaries*, vol. III, déc. 2, p. 326; c'est-à-dire, Commentaires de médecine de Duncan, etc.

été enlevé le treizième jour, on trouva l'artère fermée, et la plaie fut guérie au bout de quelques mois (1). Dans un autre cas d'anévrisme inguinal rapporté par Guattani, la tumeur, la douleur et la fièvre diminuèrent d'abord par les saignées et la compression. Au bout d'un mois, la tumeur augmenta tout-à-coup, et devint funeste en s'ouvrant dans le tissu cellulaire du bassin et de la cuisse. On reconnut par la dissection que l'artère iliaque externe était déchirée à sa partie postérieure, et était retirée sur la tumeur anévrismale, qui avait son siége entre elle et les os du bassin. Il y avait aussi une contraction très-grande de l'artère fémorale et une oblitération complète de l'artère poplitée. Guattani fut persuadé que la pression de l'anévrisme avait empêché le sang de passer dans l'artère fémorale, et que la circulation du membre s'était continuée par les canaux collatéraux. Pour s'en assurer encore davantage, il lia l'artère iliaque externe, et trouva que le liquide coloré qu'il avait injecté dans l'iliaque interne passait librement par les artères à l'articulation. Guattani ré-

---

(1) GUATTANI, *De externis Aneurismatibus*, hist. XV, pag. 50.

péta l'expérience après la ligature des artères fémorale et poplitée, et trouva qu'il pouvait faire pénétrer de l'eau colorée de l'iliaque interne jusque dans les artères du pied (1).

Les canaux par lesquels la circulation du membre se continue après l'oblitération de l'artère iliaque externe, sont les anastomoses des branches de l'iliaque interne, telles que la fessière, l'ischiatique, la honteuse interne et l'obturatrice avec les branches circonflexes de la profonde, la honteuse externe, l'épigastrique et les artères circonflexes iliaques. Les communications entre ces vaisseaux sont si larges et si nombreuses qu'après la ligature de l'iliaque externe sur un sujet sain, on n'en fait pas moins pénétrer une injection fine de l'iliaque interne dans l'artère fémorale. Si l'obturatrice naît de l'épigastrique, elle fournira un supplément de sang par ses anastomoses avec les branches de la honteuse interne, de l'ischiatique, ainsi qu'avec les branches circonflexes de la profonde. L'épigastrique et l'iliaque circonflexe peuvent aussi recevoir un supplément de sang de

(1) GUATTANI, *De externis Aneurismatibus*, hist. XVI, page 57.

leurs anastomoses avec la mammaire interne, les intercostales inférieures et les artères lombaires et sacrées. Si un anévrisme avait son siége au-dessous de l'origine de l'épigastrique, un filet de sang pourrait pénétrer dans l'artère fémorale au-dessus de la tumeur, même après la ligature de l'iliaque externe; mais ce filet serait insuffisant par son volume et sa force pour entretenir la maladie. L'artère fémorale se contracterait en conséquence de la diminution du filet de sang qui la traverserait, et les ouvertures de l'épigastrique et de la circonflexe iliaque, ou s'oblitéreraient, ou bien le sang passerait de l'un de ces vaisseaux dans l'autre par le moyen de la portion de l'artère fémorale qui les sépare (1).

---

(1) J'ai examiné une préparation anatomique provenant d'un individu qui était mort trois semaines après la ligature de l'artère iliaque externe pour un anévrisme inguinal. La ligature avait été appliquée à un demi-pouce environ au-dessous de l'origine de l'iliaque interne. Depuis cet endroit, la cavité de l'artère contenait inférieurement un caillot consistant qui se terminait un peu au-dessus de l'origine des artères épigastrique et circonflexe iliaque. Un autre caillot commençait à l'ouverture du sac anévrismal à l'aîne, et s'étendait supérieurement jusqu'auprès de l'origine des artères épigastrique et circonflexe iliaque, en sorte qu'entre ces deux

Si l'artère fémorale est oblitérée au-dessous de l'origine de la profonde, le sang qui pénètre dans son tronc par les artères épigastrique et circonflexe iliaque, après la ligature de l'iliaque externe, passera dans la profonde, et se rendra par les branches de cette dernière dans les artères articulaires du genou, en sorte qu'une portion du tronc restera perméable entre la partie oblitérée par la ligature et celle où l'anévrisme a son siége (1). Si l'origine de la profonde est oblitérée, trois séries de vaisseaux d'anastomoses contribueront à entretenir la circulation du membre. Le sang qui passe des branches de l'iliaque interne dans les branches circonflexes de la crurale profonde, au lieu d'être versé par cette dernière dans l'artère fémorale, sera

---

caillots il ne restait qu'une petite portion de l'artère qui ne fût pas oblitérée. Les artères épigastrique et circonflexe iliaque naissaient de cette même portion du vaisseau, et j'imagine que la circulation s'est entretenue dans ces vaisseaux par le passage du sang de l'un d'eux dans l'autre, par l'intermédiaire de cette partie de l'artère principale, qui était demeurée libre entre les deux caillots.

(1) Cette disposition existait dans la seconde préparation de M. Astley Cooper, dont il va être question tout-à-l'heure.

conduit par les branches descendantes ou perforantes de la crurale profonde dans les artères articulaires du genou. Les branches de la profonde, quand l'ouverture de ce vaisseau est imperméable, constitueront donc une troisième série de canaux d'anastomoses par lesquels le sang passera de l'iliaque interne dans les vaisseaux qui naissent des troncs inférieurs du membre (1).

M. Astley Cooper a fait connaître les résultats de la dissection de deux membres, dans lesquels il a injecté et suivi les canaux qui avaient entretenu la circulation du membre, à diverses périodes après la ligature de l'artère iliaque externe. Le premier malade

---

(1) Chez un des malades de M. Abernethy, qui vécut huit jours après la ligature de l'artère iliaque externe, sans qu'on observât aucune altération dans l'état du membre, l'artère crurale profonde se trouva remplie de sang coagulé, et son volume était moindre qu'à l'ordinaire. (*Surgical observations on Aneurims*, p. 248, 2e édit.) Dans la seconde dissection faite par M. Astley Cooper, et dont j'ai parlé dans la note précédente, quoique l'artère fémorale fût perméable entre l'origine de l'épigastrique et celle de la crurale profonde, on ne pouvait néanmoins douter que les branches circonflexes et perforantes de la profonde ne fussent les principaux canaux par lesquels se continuait la circulation du membre, puisque

mourut onze semaines après l'opération, par suite de la rupture d'un anévrisme à la bifurcation de l'aorte. On trouva cinq anévrismes dans le membre : le premier à l'origine de l'artère profonde; le second, qui offrait un volume considérable, et qui avait donné lieu à l'opération, avait son siége à la partie moyenne de la cuisse, dans l'endroit où l'artère perce le tendon du triceps; un troisième était situé au jarret; et entre les artères fémorale et poplitée, il y avait deux autres anévrismes plus petits. En cherchant à connaître le mode de circulation du sang dans le membre, on trouva que les artères fémorale, tibiale et péronière étaient encore perméables, et que le sang avait été

---

les artères fémorale et poplitée étaient oblitérées depuis l'origine de la crurale profonde jusqu'au commencement des artères tibiale et péronière. Guattani trouva l'artère fémorale très-contractée, et fut convaincu qu'elle était devenue imperméable par la pression d'un anévrisme à l'aîne : au jarret, elle était tellement resserrée qu'elle ne pouvait admettre qu'avec peine un stylet d'Anel. On ne pouvait guère douter aussi que dans ce cas les branches de l'artère crurale profonde ne fussent les canaux qui transmettaient le sang, à travers la cuisse, des artères du bassin dans celles de la jambe. (*Voyez* Guattani, *de externis Aneurismatibus*, hist. xvi, p. 57.

conduit dans l'artère fémorale par les anastomoses suivantes. L'artère honteuse interne fournissait plusieurs grosses branches sur le côté du bulbe du pénis, et ces branches communiquant librement avec l'artère honteuse externe, avaient transmis le sang dans cette artère, et par elle dans l'artère fémorale. L'artère sacrée latérale envoyait aussi une branche à l'artère fémorale, par-dessus le muscle iliaque interne, et l'artère iléo-lombaire communiquait librement avec la circonflexe iliaque, en sorte que, par ces trois routes, le sang se rendait directement à l'artère fémorale. Des branches artérielles nombreuses communiquaient également de la sacrée latérale aux artères obturatrice et épigastrique: l'obturatrice, dans ce cas, naissait de l'épigastrique. Outre ces artères, une libre communication existait entre l'artère crurale profonde et les artères circonflexes avec les branches de l'iliaque interne : 1° l'artère fessière envoyait une branche à l'artère circonflexe externe, au-dessous du muscle moyen fessier; 2° l'artère ischiatique fournissait deux branches de communication, l'une à l'artère profonde par-dessus le muscle grand fessier, et l'autre à l'artère circonflexe interne par-dessus le nerf sciatique; l'artère honteuse

interne envoyait aussi une branche de communication à la circonflexe interne ; enfin, l'obturatrice communiquait librement avec la circonflexe interne.

Dans le second cas de M. Cooper, l'artère iliaque externe fut liée pour un anévrisme fémoral volumineux qui avait son siége au-dessus de l'aponévrose du troisième adducteur. Le malade survécut près de trois ans à l'opération. Les canaux d'anastomoses étaient plus larges et moins nombreux que dans le cas précédent. Les artères iliaque externe et fémorale se trouvaient oblitérées, à l'exception d'un pouce de l'artère fémorale au-dessous du ligament de Poupart, qui était encore perméable et qui continuait à recevoir une certaine quantité de sang ; mais au-dessous de cet endroit, elle était devenue une simple corde ligamenteuse. L'artère iliaque interne envoyait d'abord une très-forte branche de communication à l'épigastrique et à l'artère obturatrice, en sorte que l'épigastrique était fournie de sang par l'iliaque interne ; 2° l'iliaque interne fournissait une branche de communication à l'artère circonflexe interne par-dessus le nerf sciatique ; l'artère fessière envoyait une grosse branche à l'origine de la profonde ; enfin la

honteuse interne s'anastomosait librement avec l'obturatrice. L'obturatrice, dans ce cas, provenait de deux sources nouvelles, savoir de l'iliaque interne et de la honteuse interne; et l'obturatrice ainsi formée donnait deux branches de communication à l'artère circonflexe interne. L'artère crurale profonde était fournie par deux sources, directement par la fessière, et d'une manière plus indirecte par la circonflexe interne, au moyen des artères obturatrice et ischiatique (1).

Dans ce cas, une portion de l'artère fémorale, entre la partie oblitérée par la ligature et celle où l'anévrisme était situé, avait conservé son calibre ordinaire. Le sang entrait dans cette portion de l'artère fémorale par les artères épigastrique et iliaque circonflexe, et en sortait par la profonde. Le sang qui avait pénétré dans les branches ascendantes de la profonde par les artères fessière, ischiatique et obturatrice, au lieu d'être versé dans l'artère fémorale par l'ouverture de la profonde, descendait par les branches perforantes de cette dernière dans les artères articulaires du genou.

---

(1) *Medico-chirurgical Transactions*, vol. IV, p. 425, planche V.

Les anévrismes inguinaux avaient été regardés comme incurables jusqu'en 1796, que M. Abernethy fit l'opération de la ligature de l'artère iliaque externe. Quoique les deux premières opérations de M. Abernethy aient eu des suites malheureuses, elles n'en démontrèrent pas moins que le membre pouvait recevoir la quantité de sang qui lui était nécessaire, même après la ligature de l'artère iliaque externe, et elles encouragèrent à la répéter. Ses avantages sont maintenant établis par des observations nombreuses dans lesquelles elle a été pratiquée avec un succès complet.

La première fois, M. Abernethy se trouva dans la nécessité la plus urgente de faire la ligature de l'iliaque externe, puisque autrement la mort du malade était inévitable. L'artère fémorale droite fut liée, pour la guérison d'un anévrisme au gras de la jambe, chez un homme qui était en même temps affligé d'un anévrisme de l'artère fémorale gauche. L'anévrisme fémoral fit des progrès si rapides, qu'environ cinq semaines après la première opération, on se trouva obligé de lier l'artère à l'aîne. Tout allait bien, tant par rapport à l'état du membre qu'à la santé générale du malade, lorsque, le quinzième

jour, la ligature supérieure s'étant détachée, une hémorragie des plus abondantes eut lieu par l'extrémité ouverte du vaisseau. On l'arrêta au moyen de la compression, tandis que M. Abernethy procédait à la ligature de l'artère au-dessus du ligament de Poupart. Je fis d'abord, dit M. Abernethy, une incision longue de trois pouces sur les tégumens de l'abdomen, dans la direction de l'artère, et je découvris ainsi l'aponévrose du muscle oblique externe, que je séparai ensuite de ses adhérences avec le ligament de Poupart, dans la direction de la plaie externe et dans une étendue d'environ deux pouces. Les bords des muscles oblique interne et transverse étant ainsi découverts, j'introduisis mon doigt au-dessous d'eux pour protéger le péritoine, et les divisai ensuite. Je repoussai le péritoine et son contenu en haut et en dedans avec ma main, et comprimai l'artère iliaque externe entre mon indicateur et mon pouce, de manière à arrêter l'écoulement du sang par la plaie. Il ne restait alors qu'à passer une ligature au-dessous de l'artère et à la nouer; mais cette partie de l'opération demandait des précautions, à cause de l'adhérence de la veine à l'artère. Je ne pouvais voir les vaisseaux,

mais je fis entre eux une séparation avec mes doigts. N'ayant qu'une aiguille ordinaire à anévrisme pour passer la ligature, j'en retirai la pointe à diverses reprises, dans la crainte de blesser la veine. Après avoir lié l'artère à un pouce et demi environ au-dessus du ligament de Poupart, je divisa cette partie et réunis de la sorte les deux plaies en une seule.

Aucun changement sensible ne se manifesta dans le membre après cette seconde opération. Le cinquième jour, il survint une hémorragie artérielle si considérable, qu'elle provenait évidemment de la principale artère : on l'arrêta par l'application de compresses et de bandages. Les forces du malade, qui avaient été considérablement diminuées par ses souffrances précédentes, déclinèrent dès-lors par degrés. Une toux incommode occasionna une extrême douleur dans la plaie, et il mourut dans le courant du huitième jour.

La dissection fit voir que l'artère iliaque externe était environnée par un certain nombre de glandes lymphatiques tuméfiées. La surface externe de l'une de ces glandes se trouvait ulcérée près de la plaie, et l'ulcération s'était même étendue jusqu'à l'artère, comme

on le vit ensuite par l'ouverture de ce vaisseau. Le sang s'était échappé par là, car la ligature se trouvait encore sur l'endroit même où elle avait été primitivement appliquée. Quant à la partie de l'artère dont les premières ligatures s'étaient détachées, elle était un demi-pouce plus bas, et le canal du vaisseau y paraissait parfaitement ouvert. Un coagulum de sang, de deux pouces environ, fut trouvé au-dessus de l'endroit où l'on avait placé la dernière ligature. Il est probable que ce coagulum s'était formé dans l'intervalle de la dernière hémorragie (1) à la mort du malade.

Dans le second cas où M. Abernethy fit la ligature de l'artère iliaque externe, l'anévrisme était très-volumineux et situé près du ligament de Poupart. L'opération fut pratiquée au moyen d'une incision longue de trois pouces sur les tégumens de l'abdomen, commençant un peu au-dessus du ligament de Poupart, et prolongée supérieurement; elle fut conduite à plus d'un demi-pouce sur le côté externe de la partie supérieure de l'anneau abdominal, pour éviter

(1) *Surgical observations on aneurisms*, page 234, deuxième édition.

l'artère épigastrique. L'aponévrose du muscle oblique externe étant découverte, fut divisée dans la direction de la plaie externe. La partie inférieure du muscle oblique interne devenant visible, on introduisit le doigt au-dessous de son bord inférieur et du muscle transverse, et on les incisa avec le bistouri courbe, dans une étendue d'environ un pouce et demi. Alors M. Abernethy porta son doigt au-dessous du sac péritonéal et le conduisit supérieurement sur le côté du muscle psoas, de manière à toucher l'artère à environ un pouce au-dessus du ligament de Poupart. Il prit soin de ne déranger le péritoine que le moins possible, et de ne le détacher qu'autant qu'il était nécessaire pour que ses deux doigts parvinssent jusqu'au vaisseau. Les pulsations de l'artère la distinguaient facilement des parties environnantes; mais il ne put passer son doigt autour d'elle avec la facilité qu'il s'attendait à trouver. Ce fut la seule circonstance qui retarda un peu l'opération. Après des efforts infructueux pour introduire son doigt au-dessous de l'artère, il fut obligé de faire une légère incision de l'autre côté du vaisseau, de la même manière que lorsqu'il est nécessaire de le soulever à la cuisse, où un fascia fort et

épais l'enveloppe inférieurement. Je n'éprouvai plus ensuite de difficulté à passer mon indicateur sous l'artère, que j'amenai doucement en bas, de manière à la voir derrière le sac du péritoine. Au moyen d'une aiguille courbe, on l'entoura de deux ligatures dont l'une fut conduite à la partie la plus haute de la dénudation du vaisseau, et l'autre à sa partie la plus inférieure : elles furent ensuite fermement liées, et l'artère fut divisée dans leur intervalle. Il ne restait plus qu'à rapprocher les bords de la plaie externe, et cela fut fait par une suture et quelques bandelettes d'emplâtre agglutinatif. Les fils de la ligature supérieure furent laissés en dehors de la plaie, au-dessus de la suture qui la rapprochait, et ceux de la ligature inférieure au-dessous de cette même suture. Le malade alla bien sous le double rapport de sa santé générale et de l'état du membre pendant les huit premiers jours qui suivirent l'opération; mais il survint ensuite une irritation générale très-intense. Pendant plusieurs jours, la matière purulente sortant de la plaie avait été teinte de sang; mais alors la compression de la tumeur, au-dessous du ligament de Poupart, donnait lieu à l'évacuation d'une grande quantité de sang rendu

fluide et extrêmement fétide par suite de la putréfaction. Le kyste fut lavé avec de l'eau tiède, et on lui fit une ouverture pour procurer une issue plus facile à la matière qu'il renfermait. On ne remarqua cependant aucun changement dans la qualité ni dans la quantité de la matière purulente. Elle était pareille à celle que fournissent ordinairement les ulcères en suppuration. Pendant une semaine, les forces du malade parurent se relever; mais ensuite elles diminuèrent graduellement, et il mourut le vingt-troisième jour après l'opération. Quelques jours avant sa mort, les deux ligatures se détachèrent en levant l'appareil.

On trouva que le péritoine était séparé des reins et de la moitié postérieure du côté gauche du diaphragme par une collection considérable de sang, qui s'étendait inférieurement au ligament de Poupart, et qui communiquait sous ce ligament, par une petite ouverture, avec le sac anévrismal. L'irritation constitutionnelle et la mort du malade doivent être attribuées à la condition du sac qui, conjointement avec les parties environnantes, s'était ulcéré en conséquence de l'irritation produite par le sang putréfié. Les parois des deux extrémités de l'artère aux-

quelles on avait appliqué les ligatures étaient oblitérées, et l'on trouva dans chacune d'elles un petit caillot de sang coagulé (1).

La troisième personne chez laquelle M. Abernethy lia l'artère iliaque externe était une femme très-irritable, qui s'était livrée précédemment à des excès de boisson. L'anévrisme était très-volumineux, et il s'étendait supérieurement jusqu'au ligament de Poupart. L'opération fut faite le 11 octobre 1806, absolument de la même manière que dans le dernier cas. Deux ligatures furent appliquées à l'artère, qui fut divisée dans l'intervalle. Le pied correspondant au côté affecté resta plus froid que l'autre jusqu'au troisième jour après l'opération, que les deux membres présentèrent la même température. La malade était dans un état d'irritation et d'inquiétude; son estomac était dérangé, et l'aspect de la plaie ne fut pas bon pendant les quinze premiers jours. Sa santé s'améliora ensuite; la plaie offrit des granulations, et fut presque guérie un mois après l'opération. La ligature inférieure se détacha le cinquième jour, mais la supérieure ne tomba que le quatorzième.

(1) *Surgical observations on aneurisms*, page 250 deuxième édition.

Au bout d'un mois, la tumeur anévrismale était moindre d'un tiers qu'à l'époque de l'opération. Cette malade se rétablit parfaitement, et il ne resta aucune différence pour la force ou la grosseur entre les deux extrémités (1).

Le quatrième cas pour lequel M. Abernethy fit la ligature de l'artère iliaque externe se termina aussi heureusement. Le malade, matelot suédois, âgé de quarante ans, fut admis à l'hôpital Saint-Barthélemi pour un anévrisme de l'artère fémorale au-dessous de l'aîne. L'opération se fit comme dans les cas précédens, le 25 février 1809. Le doigt ayant été placé derrière le péritoine, on distingua facilement la forme cylindrique et la consistance de l'artère, mais on ne put lui sentir de pulsations. En comprimant le vaisseau, on faisait cesser le battement de l'anévrisme, qui revenait aussitôt qu'on cessait la pression. On embrassa l'artère avec deux ligatures, mais elle ne fut pas divisée dans l'intervalle. Pendant la guérison, le malade éprouva à diverses reprises de vives douleurs à la région épigastrique, et ces douleurs étaient accom-

---

(1) *Surgical observations on aneurisms*, page 269, deuxième édition.

pagnées d'un grand désordre dans les organes digestifs. Un abcès se forma aussi dans le voisinage du genou. Les ligatures se détachèrent le dixième jour et la plaie se guérit. A sa sortie de l'hôpital, il était en état de marcher sans beaucoup de peine (1).

Quoique la ligature de l'artère iliaque externe n'eût pas jusqu'alors été suivie de succès, les faits établis par M. Abernethy, dans ses deux premières observations, engagèrent M. Freer à entreprendre cette opération à l'hôpital de Birmingham, le 4 octobre 1806. Le malade était un homme très-robuste, âgé de vingt-sept ans. Au moment de l'opération, l'œdème avait doublé le diamètre ordinaire de la cuisse, et au-dessus de cette tuméfaction générale, l'anévrisme n'en avait pas moins encore le volume d'un gros melon.

Je commençai l'opération, dit M. Freer, par une incision d'environ un pouce et demi au-dessus de l'épine de l'iléon, qui s'étendit inférieurement à trois pouces et demi au-dessous et jusqu'à la base de la tumeur. Par cette incision, la peau et le tissu cellulaire furent divisés, et le tendon du muscle

---

(1) *Surgical observations on aneurisms*, page 281, seconde édition.

oblique externe mis à découvert. On fit dans son épaisseur une ouverture de la longueur de la plaie externe; l'incision fut ensuite continuée graduellement et avec soin à travers le muscle oblique interne. On introduisit le doigt entre le péritoine et le muscle transverse pour servir de directeur au bistouri courbe, avec lequel le muscle fut divisé. Cette partie de l'opération étant achevée, après avoir évité soigneusement tout dérangement inutile, je séparai le péritoine avec mon doigt jusqu'à ce que je sentisse les battemens du vaisseau; mais chez ce sujet, l'artère était si fortement environnée inférieurement par son fascia, que je ne pus passer mon doigt au-dessous d'elle qu'après avoir divisé le fascia avec l'instrument tranchant. L'artère fut liée par une seule ligature, et immédiatement après la pulsation cessa dans la tumeur.

Le malade se rétablit sans aucun symptôme fâcheux; la ligature se détacha le seizième jour; l'œdème du membre diminua, et quinze jours après la séparation de la ligature, le volume de la tumeur était tellement réduit, qu'elle se trouvait presque de niveau avec la cuisse. Avant de quitter l'hôpital, il était en état de faire deux ou

trois milles, et il avait complètement recouvré l'usage de son membre (1).

Douze mois ne s'étaient pas écoulés depuis la guérison du malade de M. Freer, lorsque l'opération fut répétée avec succès par M. Tomlinson de Birmingham. Le malade, homme délicat, quoique sain d'ailleurs, avait quarante ans. La tumeur était aussi volumineuse qu'une grosse pomme. On n'employa qu'une seule ligature, et le malade se rétablit sans aucun symptôme fâcheux. La ligature se détacha le vingt-sixième jour, et le malade fut déclaré guéri le trente-unième jour après l'opération. La tumeur disparut graduellement (2). Je vis ce malade une année après : il était en parfaite santé et ne présentait aucun vestige d'anévrisme.

Depuis que ces opérations ont été faites, M. Astley Cooper a lié l'artère iliaque externe dans six cas d'anévrismes inguinaux et fémoraux. Quatre des malades se sont rétablis complètement ; un autre est mort treize semaines après l'opération, par suite de la rupture d'un anévrisme de l'aorte ; chez le dernier, la jambe s'est gangrenée, et l'on a été obligé d'en faire l'amputation.

---

(1) *Surgical observations on aneurisms*, p. 79.

(2) *Ibid*, p. 91.

Outre tous ces cas, l'artère iliaque externe a été liée par plusieurs chirurgiens d'Angleterre, d'Irlande, d'Amérique et de France. A ma connaissance, cette opération a été pratiquée ving-deux fois. Dans quinze cas, les malades se sont rétablis complètement; chez deux malades, le membre s'est mortifié; chez un troisième, une hémorragie funeste a été la suite de l'extension de l'ulcération d'une glande lymphatique voisine aux tuniques mêmes de l'artère; l'anévrisme, chez un quatrième, s'ouvrit dans le tissu cellulaire, derrière le péritoine; le sac suppura, et le malade succomba par suite de l'épuisement total de ses forces; la gangrène attaqua le sac anévrismal et s'étendit à la cuisse du cinquième; chez un sixième, la mort fut la conséquence de la rupture d'un anévrisme de l'aorte treize semaines après l'opération; et enfin, chez le dernier, l'opération ne fut pratiquée qu'après la rupture du sac, et le malade se trouvait tellement épuisé, qu'il mourut le troisième jour. En dernier résultat, le nombre des cas où cette opération a réussi surpasse tellement le nombre de ceux où elle s'est terminée d'une manière funeste, que l'on peut maintenant regarder comme un fait établi la sûreté de la ligature de l'ar-

tère iliaque externe pour la guérison d'un anévrisme, avec autant de fondement que celle de toute autre artère du corps (1).

---

(1) Voici le détail exact des cas dans lesquels la ligature a été pratiquée.

L'artère iliaque a été liée par

— M. Abernethy, dans quatre cas d'anévrismes inguinaux. Deux des malades se rétablirent complètement; les causes de la fin funeste des deux autres ont été rapportées précédemment.

— M. Freer, à l'hôpital de Birmingham, avec un succès parfait.

— M. Tomlinson de Birmingham. Le malade fut guéri.

— M. Astley Cooper, dans six cas d'anévrismes inguinaux et fémoraux. Quatre des malades se rétablirent complètement : l'un d'eux fut en état de sortir et de suivre ses affaires un mois après l'opération. Le cinquième malade mourut treize semaines après l'opération, par suite de la rupture d'un anévrisme de l'aorte; chez le sixième, la jambe se mortifia, et l'on fut obligé de recourir à l'amputation.

— M. Delaporte, à l'hôpital de la marine, à Brest. Le malade était âgé de soixante ans. L'anévrisme à l'aîne avait acquis un volume énorme, le 3 janvier 1810, lorsque l'opération fut faite absolument de la manière recommandée par M. Abernethy. L'artère fut liée avec deux ligatures, mais on ne la divisa pas dans l'intervalle. Le malade alla bien jusqu'au douzième jour; alors la

Ce n'est pas seulement dans des cas d'anévrismes de l'artère fémorale, au-dessus de la crurale profonde, que la ligature de l'artère

---

tumeur augmenta de volume, devint molle et d'une couleur pourpre. Le treizième jour, la cuisse était froide et décolorée; des phlyctènes se manifestèrent sur la tumeur; le pouls était faible. Le quatorzième jour, la mortification s'étendit au genou, et le malade mourut. On trouva que le canal de l'artère n'était oblitéré ni au-dessus ni au-dessous des ligatures, quoiqu'elles fussent tellement serrées que l'injection ne pouvait pénétrer à travers cette portion du vaisseau. La crurale profonde naissait de l'extrémité inférieure du sac; l'injection passa par cette artère et on la trouva dans l'artère fémorale. Cette observation a été publiée dans le septième volume des Mémoires de la Société médicale d'émulation.

— M. Goodlad de Bury, Lancashire, le 29 juillet 1811. L'artère fut liée avec deux ligatures, mais ne fut pas divisée dans l'intervalle. Le malade n'éprouva aucun symptôme défavorable après l'opération. Les ligatures se détachèrent le quatorzième jour. Au bout d'un mois, l'anévrisme était diminué d'un tiers, et la plaie était parfaitement guérie. Deux mois après l'opération, le malade faisait deux milles par jour; les extrémités inférieures se ressemblaient pour la force et le volume. (Voyez *Edinburgh, Medical and Surgical Journal*, vol. VIII, p. 3.)

— M. Dorsey, professeur à l'université de Pensylvanie, et chirurgien de l'hôpital de Philadelphie. La tu-

iliaque externe peut être nécessaire. Quand la maladie prend naissance au-dessous de l'ori-

---

meur anévrismale était située à l'aîne, et la ligature de l'artère iliaque externe a été faite avec succès (*a*).

(*a*) Le 15 du mois d'août 1811, M. Dorsey fut consulté par Alexandre Patton, pour une tumeur dans l'aîne droite. Cet individu, natif du comté d'Aberdeen en Ecosse, âgé de trente ans, habitait depuis dix ans l'Amérique, y exerçait la profession de tonnelier, se livrait à des exercices violens et à des travaux rudes ainsi qu'à sauter, courir et à d'autres exercices analogues. Il était d'une haute stature, d'une corpulence médiocre, mais d'une forte constitution. Il s'aperçut pour la première fois, il y a deux ans, qu'il portait dans l'aîne droite une petite tumeur. N'ayant jamais eu de maladie vénérienne ou de tout autre genre, et n'ayant éprouvé aucun accident, il ne pouvait se rendre compte de son état. Dans le commencement, la tumeur battait avec violence; pendant seize mois, elle ne s'était accrue que lentement; mais pendant les derniers huit mois, ses progrès avaient été plus rapides; en janvier, elle n'était pas plus grosse qu'une noix; en août, elle avait une largeur de quatre pouces et une longueur d'environ six. Cette maladie occasionna de vives douleurs, et enfin l'impossibilité absolue de se livrer à toute espèce de travail. Dans le mois de juin dernier (1811), il s'adressa au docteur Irwin d'Earton, lieu de sa résidence, qui lui fit connaître la nature et la gravité de son affection, et l'engagea à se rendre à Philadelphie. Il y arriva le 14 août, et fut admis le jour suivant dans l'hôpital de Pensylvanie.

En examinant le malade, on reconnut un anévrisme situé immédiatement au-dessous du ligament de Poupart; il formait une tumeur régulière dans la région inguinale, presque hémisphérique, avec une espèce de pointe où la peau paraissait extrêmement amincie et colorée comme par une ecchymose; le malade avait fait un grand exercice avant d'entrer dans l'hôpital, et il avait bu du rum; c'est pourquoi son système artériel se trouvait dans une grande excitation, et la tumeur offrait des pulsations si violentes que les couvertures du

gine de la crurale profonde, et que la tumeur est volumineuse et s'étend supérieurement,

---

— M. Ramsden, à l'hôpital Saint-Barthélemi, en 1812. Le malade avait soixante-quinze ans. L'ané-

lit étaient soulevées avec force. On lui fit garder le repos, on le purgea, et il fut mis au régime. Une consultation convoquée, les chirurgiens pensèrent qu'il fallait lier l'artère, et que cette ligature était praticable au-dessus de la tumeur. On arrêta qu'on exécuterait promptement cette opération, parce que la maladie augmentait continuellement, et qu'il n'y avait aucun avantage à temporiser.

Le lundi 19 août, à midi, en présence des docteurs Phisick et Hartshorn, chirurgiens de l'hôpital, et de plusieurs gens de l'art, on procéda à l'opération.

Le malade avait pris cinquante gouttes de laudanum. Il fut placé sur une table. Une incision de trois pouces et demi de long fut pratiquée, en commençant à un pouce et demi au-dessus de l'épine antérieure et supérieure de l'os coxal, en dedans, à un pouce de cette éminence et à quatre pouces et demi de distance de l'ombilic; elle s'étendait obliquement en bas et se terminait à un pouce au-dessus de la base de la tumeur. Cette incision se trouvait presque dans la direction des fibres de l'aponévrose du muscle oblique externe; elle intéressa la peau et le tissu cellulaire adipeux, mit à nu l'aponévrose du muscle qu'ensuite on divisa dans l'étendue de la plaie extérieure. Alors le muscle petit oblique se présentant, on coupa soigneusement ses fibres en travers; on en fit de même sur le bord inférieur du muscle transverse, mais dans une étendue moindre en haut que pour l'oblique externe. Le doigt de l'opérateur, porté dans la plaie pour séparer le tissu cellulaire et pour se frayer profondément une voie jusqu'à l'artère iliaque externe, reconnut ce vaisseau, et le sentit très-distinctement battre avec force. Ce doigt l'isola avec ménagement des parties voisines, en ayant soin de ne le dénuder que dans une petite étendue. Le péritoine fut également détaché, mais le moins possible, et tout au plus dans l'espace d'un pouce. La seule difficulté qui restait dans cette opé-

de manière à rendre impossible la ligature de l'artère fémorale, on est quelquefois obligé

---

vrisme était fort ancien. Une ulcération se manifesta sur la tumeur; elle s'ouvrit, et une hémorragie abondante

ration était de passer la ligature autour de l'artère, et comme elle avait été prévue, on put facilement la surmonter. Une aiguille à anévrisme avait été assujettie dans une paire de pinces recourbées, dont les bras avaient été fortement liés ensemble. L'aiguille était garnie d'un fort cordonnet, et ainsi disposé, l'instrument ressemblait au ténaculum, et pouvait aisément être introduit dans l'incision. Avec un doigt d'une main porté dans la plaie, il fut très-facile de diriger l'extrémité de l'aiguille, et avec la pince tenue de l'autre main, de la pousser à travers le fascia qui environne le vaisseau. Les liens qui assujettissaient les jambes du forceps furent alors défaits, et on laissa l'aiguille sous l'artère. Les pinces retirées, l'aiguille fut ramenée au dehors en laissant une ligature autour du vaisseau. L'opérateur s'étant bien assuré que l'artère était comprise dans l'anse du fil, et qu'il n'y avait qu'elle, il serra fortement la ligature et le plus haut possible. Les battemens de la tumeur cessèrent aussitôt. On fit trois nœuds, et l'on porta les bouts de la ligature au dehors de la plaie. Aucun vaisseau sanguin remarquable ne fut intéressé, et il s'écoula à peine une demi-once de sang. Aucune suture ne fut faite pour fermer la plaie; on employa seulement une bandelette agglutinative, une compresse par-dessus, et le malade fut reporté dans son lit, où l'on plaça le membre dans une légère flexion sur le bassin. Il s'était plaint d'une très-vive douleur pendant la dernière partie de l'opération, qui dura onze minutes.

Le pouls, qui, quelques jours avant l'opération, donnait quatre-vingts pulsations par minute, en avait quatre-vingt-huit après la ligature; dans l'après-midi, il s'éleva jusqu'à cent. A quatre heures, dix onces de sang furent retirées par la phlébotomie. A sept heures, le malade éprouvait une douleur violente dans le dos, dans le ventre et dans le membre. On lui défendit toute espèce de nourriture, excepté de l'eau panée. Les veines superficielles de la jambe

de recourir à celle de l'iliaque externe. Les dissections faites par M. Astley Cooper prou-

---

eut lieu immédiatement avant l'opération. Le malade resta excessivement faible, et mourut le troisième jour

et du pied se gonflèrent, et tout le membre se couvrit de sueur dans la soirée; sa température, examinée à plusieurs reprises avec le thermomètre, était de cinq degrés au-dessous de celle de l'autre. On l'enveloppa de flanelle et de laine cardée.

Mardi 20 août. Il avait passé la nuit dans l'agitation, et une grande douleur; il se plaignait aussi de coliques. On lui administra trois grains de calomel et dix de rhubarbe, qui ne produisirent aucune selle. Dans l'après-midi, on lui fit une saignée de dix onces, et l'on prescrivit des injections purgatives par lesquelles le ventre fut relâché et la douleur affaiblie. On lui administra un lavement composé de cent gouttes de laudanum dans deux onces d'eau. Au bout de très-peu de temps, il trouva le sommeil. Le jour de l'opération, et quelques jours après, le temps était très-chaud. Dans la chambre du malade, le mercure monta au 86° du thermomètre de Fahrenheit. Cet instrument, placé entre les orteils du membre affecté d'anévrisme, le mercure s'éleva à 88° et à 90°; entre ceux du membre sain et entre les genoux, il se tint à 90°. Le pouls était tendu et avait cent pulsations.

Mercredi 21, troisième jour après l'opération. Le sommeil que procura une injection anodine se continua toute la nuit. Dans la première partie du jour, le malade était assez bien; mais vers le soir, la douleur reparut, et une fièvre intense l'accompagna. On retira par la saignée dix onces de sang, et l'on administra dix grains de magnésie mêlés avec autant de rhubarbe. Ce remède et un clystère procurèrent des évacuations alvines abondantes et l'issue de beaucoup de gaz; la douleur fut entièrement dissipée. L'injection narcotique fut de nouveau prescrite, et le sommeil en fut encore le résultat. Le pouls restait tendu et à cent pulsations..

Jeudi, quatrième jour. Le malade a dormi pendant toute la nuit, et s'est trouvé beaucoup mieux et entièrement exempt de fièvre et

vent que la ligature de l'artère iliaque externe peut guérir des anévrismes provenant

---

après la ligature, par suite de l'épuisement de ses forces.

— M. Albert, à l'hôpital d'York, Chelsea, en 1812. La tumeur était volumineuse, et le membre prodigieusement tuméfié avant l'opération. L'artère fut liée par une seule ligature. Le membre se mortifia, et le malade mourut avec des symptômes de tétanos, trois semaines environ après l'opération. La ligature s'était précédemment détachée.

— M. Brodie, à l'hôpital Saint-George, en 1813. L'artère fut liée avec une seule ligature. Le malade se rétablit, et M. Brodie m'apprend qu'il est maintenant en parfaite santé.

— M. Norman, à l'hôpital de Bath, au mois d'octobre 1813. On appliqua une seule ligature; elle se dé-

de douleur. Le pouls a quatre-vingt-dix pulsations. Il a mangé avec grand plaisir du riz cuit à l'eau. La plaie, examinée, a été trouvée presqu'entièrement réunie; un peu de pus de bonne nature entourait la ligature. Le membre malade avait une température de quatre degrés au-dessous de celle du membre sain. (Therm. de Fa.ht.)

Depuis cet instant, aucun changement remarquable n'est survenu; la ligature s'est détachée le quatorzième jour après l'opération, et en peu de temps la plaie s'est complétement cicatrisée, sans l'apparition d'aucun symptôme fâcheux. Le vingtième jour, la garde chargée de surveiller le malade s'étant absentée, il s'est levé de son lit, s'est promené dans sa chambre; les jours suivans, il a fait le même exercice sans en éprouver d'inconvénient. La tumeur de l'aîne diminue successivement, et son volume est aujourd'hui réduit de beaucoup *.

* *Elements of surgery*, etc., *by J. S. Dorsey*; vol. II, p. 180. *Philadelphia*, 1813.

de l'artère fémorale au-dessous de l'origine de la crurale profonde. J'ai vu deux cas dans

---

tacha le dix-neuvième jour. Le malade guérit, et recouvra l'usage parfait de son membre.

— M. Lawrence, à l'hôpital Saint-Barthélemi, le 8 janvier 1814. L'artère fut liée avec une seule ligature, qui se détacha le vingt-septième jour. Le sac, sur lequel il s'était formé une escarre de la largeur d'une demi-couronne, fut ouvert le 12 février; l'ouverture était fermée le 12 mars; et moins de trois mois après l'opération, le malade sortit de l'hôpital, n'ayant plus qu'un petit trou fistuleux à l'endroit de sa plaie.

— M. Bouchet, chirurgien en chef de l'hôtel-Dieu de Lyon. La ligature de l'artère iliaque externe fut faite dans cet hôpital le 15 août 1812. Cette opération guérit le malade d'un anévrisme inguinal du côté droit; mais au bout de quelques mois, une tumeur semblable s'étant développée sur le membre opposé, elle s'accrut avec une telle rapidité que l'opération ne put pas être pratiquée, et le malade succomba à cette seconde maladie (*a*).

(*a*) « J. Pontella, prisonnier de guerre espagnol, entra dans l'hôpital de Lyon le 8 juillet 1812, pour une tumeur volumineuse à l'aîne droite, qui le mettait dans l'impossibilité de continuer sa route. Le caractère anévrismatique en était si évident, qu'on ne pouvait s'y méprendre. Tumeur oblongue, du volume d'un petit melon, occupant la partie tout-à-fait supérieure, interne et antérieure de la cuisse droite, se prolongeant en haut jusqu'à l'arcade crurale, qui en était soulevée. Immédiatement au-dessus de cette arcade se trouvait une bosselure du volume d'une pomme ordinaire, qui, se détachant comme une tête du reste de la tumeur, s'élevait du côté du ventre. En bas, la tumeur se prolongeait jusqu'au milieu de la cuisse, ayant

lesquels, tant par la situation des tumeurs que par l'exposé que les malades faisaient de

---

Outre tous ces cas, j'ai été informé d'une manière certaine que, récemment, l'artère iliaque externe avait été liée avec succès à Dublin.

en tout six pouces et demi de longueur sur six de largeur ; rénitente, fluctuante, offrant des pulsations isochrones au pouls, grandes, véhémentes, visibles à plusieurs pas de distance, soulevant la main avec force. Cette tumeur cessait ostensiblement de battre lorsqu'on exerçait une forte pression au-dessus de l'arcade crurale ; mais cette pression, très-douloureuse en raison même de la force qu'elle exigeait, devenait insupportable au bout d'une demi-minute. Le membre conservait son volume, sa force, sa chaleur ; point d'infiltration, peu ou point de douleur dans la position horizontale ; mais la station, et surtout la marche, occasionnaient bientôt un sentiment de tiraillement ou d'engourdissement, et une douleur assez vive dans tout le membre.

» La maladie avait commencé, quatre ans auparavant, à la suite d'un effort que fit Pontella en *jouant à la barre* *. Au moment même il éprouva une vive douleur au pli de l'aîne ; quatre ou cinq jours après, il y observa une tumeur, avec battemens, de la largeur d'un écu de trois livres. Quinze jours ensuite, poursuivi par des cavaliers français, il franchit un large canal. Le soir même, la tumeur commença à croître avec des douleurs telles dans l'aîne et le dessus de la cuisse, que la marche en devint presque impossible, surtout en montant. Ayant été réformé pour cette maladie, Pontella servit pendant deux ou trois ans un lieutenant-colonel : pendant ce temps, sa tumeur s'accrut toujours, ce qui lui fit faire usage d'une sorte de tourniquet compressif qui ne produisit aucun bon effet. A chaque changement de temps, elle grossissait, et était le siége de douleurs aiguës.

* Sorte de jeu qui consiste à lever une barre de fer, et à la lancer ensuite aussi loin que possible.

leurs affections, on ne pouvait guère douter qu'elles ne vinssent ou du commencement de

---

» Tel était l'état du malade, lorsqu'ayant été pris en Catalogne, il fut envoyé en France. Le voyage dura un mois; il le fit sur des charrettes, dont les secousses étaient très-douloureuses et augmentaient le volume de la tumeur.

» Pontella était âgé de trente-six ans, d'une constitution forte et athlétique, d'un tempérament sanguin et bilieux, d'un moral fort irascible. Il jouissait, à sa tumeur près, d'une très-bonne santé; sa taille était d'à-peu-près cinq pieds un pouce : comme chez la plupart des Catalans, son bassin était étroit (sept pouces d'une épine iliaque à l'autre).

» Peu après son entrée à l'hôpital de Lyon, sa maladie, abandonnée à elle-même, augmenta en quatre ou cinq jours de près d'un quart. L'accroissement se faisait surtout en haut, vers la bosselure, qui, de moment en moment, devenait plus saillante. La couleur de la peau plus sombre, un amincissement manifeste de la poche, tout annonçait que la maladie marchait rapidement à sa fin. Six jours après l'entrée du malade, M. Bouchet convoqua une consultation nombreuse et choisie. Il proposa l'opération, qui fut rejetée à la grande majorité des voix.

» Après quelques délais, le 15 août, le malade ayant pris un lavement la veille au soir et un le matin même, l'opérateur, en présence des mêmes consultans et de l'élite de la médecine et de la chirurgie de Lyon, fit la ligature de l'artère ainsi qu'il suit :

» Le malade était couché sur le bord droit de son lit, la cuisse correspondante étendue; avec un bistouri en rondache, une incision de trois pouces de longueur, qui intéressait la peau et le muscle oblique externe, fut pratiquée à la partie antérieure, latérale et inférieure de l'abdomen : elle commençait à un pouce et demi environ au-dessus de l'épine iliaque supérieure et antérieure, et à trois ou quatre lignes seulement plus en dedans, et venait se terminer au-dessus du milieu de l'arcade crurale, qui fut laissée intacte. On lia une petite artère.

» Par une seconde incision, faite d'un seul coup avec la pointe de

la crurale profonde, ou de l'artère fémorale au-dessous de l'origine de cette branche. Dans

---

l'instrument, le péritoine fut mis à découvert. Passant alors le doigt indicateur de la main gauche sous le muscle transverse, et s'en servant pour soulever celui-ci, l'opérateur acheva de le couper jusqu'en bas : les intestins, poussant devant eux le péritoine, se présentèrent aussitôt dans la plaie. Un des consultans fut chargé de les repousser et de les maintenir. Alors avec le doigt index de la main gauche, déchirant le tissu cellulaire en haut et en bas, M. Bouchet détacha le péritoine de dessus le muscle iliaque, en repoussant en dedans le cœcum, qui était presque vide.

» Cette dilacération fut facile ; les fibres aponévrotiques dont parlent MM. Cooper et Delaporte ne furent point rencontrées ; mais ce ne fut qu'après avoir prolongé la dissection en bas que l'artère put être saisie sur le rebord du détroit supérieur du bassin, entre la veine et le plexus crural. La douleur fut peu vive ; quelques gouttes de sang seulement s'écoulèrent. Pris entre le pouce et l'index de la main gauche, et avec les ongles de ces deux doigts, qui n'avaient pas été rognés, le tissu cellulaire qui l'unit aux autres vaisseaux fut également dilacéré. Elle fut isolée : en la comprimant entre les deux doigts, tout battement cessa dans la tumeur. Une aiguille courbe, semblable à celle de M. Deschamps, mais tout-à-fait mousse à la pointe et sur les côtés, et un peu inclinée sur le manche, fut enfoncée dans la plaie à l'aide du doigt index qui la recouvrait. L'artère ayant été soulevée fut embrassée dans la courbure de l'aiguille, qui portait à son sommet un cordon de fil ciré. Il fut saisi avec une pince à disséquer, et servit à passer un lacet de fil plat et fort de la largeur de deux lignes. L'anse de fil, et avec elle le lacet en double, furent retirés avec l'aiguille, ce qui fournit deux ligatures : la supérieure fut serrée la première et tout doucement, jusqu'à ce qu'on ne sentît plus battre ni la tumeur ni l'artère. La seconde fut placée un demi-pouce plus bas, douze ou quinze lignes au-dessus de l'arcade crurale ; elle fut serrée plus fort que l'autre et comme elle par deux nœuds. L'artère ne fut pas coupée entre elles : elles furent bien isolées, et la plaie fut pansée, en réunissant,

les deux cas, on fit la ligature de l'artère iliaque externe, et les malades se rétablirent.

---

autant que possible, avec un linge fin enduit de cérat, par-dessus lequel on mit quelques poignées de charpie brute et des compresses : une large ceinture de coutil, serrée par des boucles, maintint le tout.

» L'opération, y compris le pansement, dura neuf minutes; elle fut peu douloureuse : aussitôt après, le pouls ne s'étant pas élevé, on ne fit pas pratiquer de saignée. Un calmant fut donné, et le membre fut enveloppé de linges chauds; le pied et la jambe furent tenus élevés.

» Le malade fut tranquille tout le reste de la journée; la nuit fut bonne. Le lendemain se passa également bien, sans fièvre, ainsi que la seconde nuit. La chaleur et la sensibilité du membre se sont conservées.

» Le troisième jour, la tumeur paraît moins tendue; la peau qui la recouvrait est un peu ridée; le pouls est plein. (Saignée.) Mouvement de fièvre, céphalalgie, altération, nuit agitée.

» Le quatrième, laxatif avec le tamarin; deux selles; fièvre moindre. Le cinquième, le bas de la jambe et le dos du pied ont moins de chaleur; douleur au gros orteil. (Sachets de sable chaud.) Le sixième, douleurs plus fortes se prolongeant au troisième orteil, froid plus sensible; nuit mauvaise. (Calmans, boissons rafraîchissantes.) Les choses restent plusieurs jours dans cet état, le membre conservant dans le reste de son étendue plus de chaleur même que l'autre, avec une moiteur bien prononcée. Douleurs vives. La tumeur s'affaisse, mais reste fluctuante. (Pansement simple matin et soir.)

» Cependant, dès le septième jour, les faces internes des premier, second et troisième orteils, offrent une petite rougeur qui paraît le siége de la douleur. Chaque jour ce point augmente de largeur, mais lentement, et sa couleur devient livide, puis noire; l'épiderme se détache; il se forme des escarrhes; une gangrène sèche se manifeste, sans que rien pût calmer la douleur.

» Au seizième jour, dans le pansement, chute spontanée de la ligature supérieure. Le lendemain, chute de la seconde. Depuis lors la

Il y a deux manières de faire la ligature de l'artère iliaque externe : la première, dont

---

plaie marche rapidement vers sa guérison, et au vingt-quatrième jour, la cicatrisation est complète.

» Cependant, les douleurs aux orteils et le froid de la partie inférieure du membre continuent. Les taches s'élargissent insensiblement. Dans le cours du second mois seulement, les escarrhes se bornent et commencent à se détacher dans leur circonférence. L'ulcère se déterge lentement et guérit enfin. Par la chute des escarrhes, les articulations des première et deuxième phalanges sont mises à découvert. A la fin de ce même mois, celle du gros orteil se sépare aussi, et son ulcère va jusqu'à l'os. Dans le courant de novembre, amputation du second orteil sans écoulement d'une goutte de sang. Au cinquième jour, la réunion paraît parfaite ; mais les lambeaux se détachent, l'os fait saillie, un gonflement inflammatoire s'empare de tout le pied, les douleurs deviennent aiguës, l'engorgement augmente, un phlegmon occupe la plante du pied, le pus fuse dans la gaîne du tendon et s'écoule lentement au dehors par la plaie de l'amputation. Une incision lui fournit une plus libre issue ; la détersion du foyer s'opère, et la plaie se cicatrise au bout d'un mois et demi.

» Au milieu de décembre, tout-à-coup les douleurs se réveillent dans le gros orteil ; il se sphacèle en entier ; tout le pied et le bas de la jambe se gonflent et s'enflamment, ce qui coïncide avec une brusque diminution de la tumeur, qui devient plus ure. Au bout de douze jours environ, la gangrène se borne, les accidens diminuent ; on attend l'exfoliation de l'os, qui a lieu circulairement au bout de vingt jours ; mais elle marche si lentement, qu'au mois d'avril, la plaie a presque la même largeur.

» Craignant alors les ravages de la pourriture d'hôpital, M. Bouchet envoie Pontella à la campagne, où il reprend bientôt ses forces et sa santé. Le 20 août 1813, l'ulcère est enfin complètement guéri, et la santé est parfaite ; le membre opéré est presque aussi fort et aussi volumineux que l'autre ; la tumeur n'a plus que le quart de son volume, c'est-à-dire deux pouces en tous sens. Elle est plus dure à sa partie supérieure qu'à l'inférieure.

je vais donner la description, est employée par M. Abernethy; la seconde est adoptée

---

— M. Moulaud, en 1815, à Marseille (*a*).

» Mais alors l'artère crurale opposée commence à devenir anévrismatique dans le même lieu. Elle prend de l'accroissement vers le milieu d'octobre, dans un effort pour soulever une grosse pierre; elle devient douloureuse, et son volume paraît doublé. Les saignées, les réfrigérans, etc., sont employés en vain. L'opération fut de nouveau proposée et acceptée, les consultans furent réunis, et la rejetèrent. La tumeur, moins volumineuse que la précédente, s'élevait un bon pouce plus haut. Deux jours après, il n'y a plus rien à tenter; la tumeur soulevait la paroi abdominale jusqu'à l'ombilic, et Pontella mourut subitement dans la soirée.

» Par l'ouverture du cadavre, on fut convaincu qu'il aurait fallu aller chercher l'artère pour la lier à une profondeur immense et à un demi-pouce de la naissance de l'hypogastrique. L'injection de l'artère iliaque du côté opéré ne réussit pas; mais on put reconnaître que la veine crurale et le nerf crural étaient sains; que l'artère de ce nom manquait entièrement dans l'étendue d'un pouce, et que ses deux extrémitées coupées étaient converties en une sorte de ligament; que l'artère était diminuée de volume en haut, jusqu'à la naissance de l'hypogastrique, qu'aucune de ses branches, n'était plus dilatée qu'à l'ordinaire; que la tumeur renfermait un gros caillot fibrineux, couleur de bois de noyer, mollasse, humide, sans adhérence avec les parois du kyste; que le reste de l'artère crurale, la poplitée et les artères de la jambe étaient comme resserrées sur elles-mêmes; qu'il n'y avait aucune anastomose plus marquée qu'à l'ordinaire; que les muscles étaient un peu amincis; que les articulations étaient souples ».

(*a*) « Michel Fassi, âgé de trente ans, l'un des marins du port de Marseille, est le sujet de cette observation. Ce marin entra à l'hôpital dirigé par M. Moulaud, en août 1815, pour y être traité d'un engorgement œdémateux qui occupait toute l'extrémité inférieure droite, avec une tumeur peu apparente, circonscrite à l'aîne

par M. Astley Cooper. Voici celle de M. Abernethy :

— M. le professeur Dupuytren, en 1815, pour un anévrisme inguinal. Peu de temps après cette opération,

du même côté, et si peu incommode, que M. Moulaud crut ne devoir s'occuper que de l'engorgement du membre.

» Le malade fut d'abord saigné et purgé à plusieurs reprises; des substances résolutives furent appliquées sur le membre affecté, et l'on prescrivit un régime relatif.

» Ces moyens, en réduisant l'œdème, isolèrent la tumeur inguinale, que l'on prit d'abord pour un bubon vénérien; mais examinée de plus près, M. Moulaud reconnut dans cette tumeur tous les signes d'un anévrisme ayant la forme et la grosseur d'un œuf de poule, situé sur le trajet de l'artère crurale et très-près de l'arcade du même nom, derrière laquelle cette tumeur paraissait se propager.

» Il fut décidé, dans une consultation nombreuse, que l'opération de l'anévrisme à l'artère iliaque externe était le seul moyen de sauver la vie à ce malade, et M. Moulaud y procéda de la manière suivante :

» Il fit d'abord sur les tégumens du bas-ventre une incision qui s'étendait obliquement de quelques lignes au-devant et au-dessus de l'épine supérieure de l'os ilium, à la partie moyenne du ligament de Falloppe, et très-près du point où la tumeur faisait saillie. Après plusieurs autres incisions faites sur le trajet de la première, il parvint dans la fosse iliaque. Cette partie de l'opération terminée, il fit soulever par un aide les intestins que le péritoine recouvrait, et il dégagea avec ses doigts l'artère iliaque externe de la veine et du plexus crural, avec lesquels elle était intimement unie au moyen d'un tissu cellulaire épais; il passa ensuite autour de ce premier, à l'aide d'une aiguille de son invention, deux rubans de fil ciré. Les deux ligatures étant écartées autant que les adhérences celluleuses le permirent, M. Moulaud plaça entre elles et l'artère un rouleau d'emplâtre étendu en sparadrap, et il paraît qu'après avoir fait un nœud

Le malade étant placé sur une table, dans une position horizontale, on fait une incision

---

le malade a pu reprendre ses travaux, et je l'ai vu jouissant d'une santé parfaite. J'ai cependant cru remarquer

immédiatement sur le rouleau, il serra les deux ligatures, appuyant plus fortement sur l'inférieure; la plaie fut garnie de charpie, et un appareil contentif termina le pansement. Le malade fut couché dans son lit, le membre mis dans une position favorable et recouvert de sachets de cendres chaudes; des boissons rafraîchissantes et des potions anti-spasmodiques furent prescrites.

» Une sorte de formication et un sentiment de froid se manifestèrent dans le membre au bout de quelques heures, et pendant la nuit, il y eut de l'agitation qu'on apaisa par la saignée et autres moyens indiqués; néanmoins des symptômes inflammatoires se déclarèrent successivement, et ne s'apaisèrent qu'au quatrième jour: depuis cette époque, amélioration graduée et successive jusqu'au huitième. La suppuration était déjà abondante, et les pansemens se renouvelaient journellement. Dans la nuit du 8 au 9, une hémorragie assez forte s'étant déclarée, les officiers de santé de garde crurent devoir faire appeler le chirurgien en chef. M. Moulaud s'étant fait rendre compte de la nature de cette hémorragie (occasionnée par la rupture de la portion d'artère étranglée par la ligature inférieure), ne jugea pas à propos de se rendre près de son malade, et il se contenta de donner ses instructions à l'aide-major qui était venu l'appeler à son secours. En effet, les deux chirurgiens de garde levèrent l'appareil, qu'on trouva imbibé de sang, et la plaie était remplie de caillots du même liquide; le sac anévrismal avait disparu presqu'en entier, et en pressant avec la main le fond de cette poche, il sortait par la plaie du sang noirâtre dont l'effusion fut suspendue temporairement par l'application d'un nouvel appareil; mais l'écoulement sanguin se renouvela le lendemain, et continua, en plus ou moins grande quantité, jusqu'à l'entière disparition de la tumeur anévrismale. Le malade fut affaibli et menacé plus tard d'une fièvre pernicieuse, attribuée par l'auteur aux influences qu'il avait reçues

de quatre pouces aux tégumens de l'abdomen, dans la direction de l'artère iliaque

---

que le membre gauche, qui est celui où existait l'anévrisme, paraissait un peu moins nourri que l'autre (*a*).

de plusieurs malades atteints du typhus nosocomial, et voisins de Fassi. Son transport dans une salle plus salubre et l'usage du quinquina changèrent en bien l'état de ce malade, et il continua d'aller de mieux en mieux jusqu'au vingt-cinquième jour, époque où une diarrhée se déclara; mais, chose remarquable, on employait des drastiques le matin et des émolliens anodins le soir; cependant les ligatures se détachèrent le vingt-huitième jour, et la diarrhée s'arrêta. La plaie se cicatrisait lentement; une éruption psorique s'étant manifestée sur toute l'habitude du corps, cette plaie se ferma, et le malade fut en peu de jours conduit à la guérison. M. Moulaud croit pouvoir rapporter à la répercussion d'une éruption analogue la cause de l'anévrisme de Fassi. Quoi qu'il en soit, ce marin fut en état de sortir de l'hôpital le 26 avril 1816; il avait repris de l'embonpoint; l'action musculaire et toutes les propriétés vitales s'étaient rétablies dans le membre lésé *. »

(*a*) Berger (François), tailleur de pierre, âgé de quarante-cinq ans, d'une constitution forte et saine, d'un tempérament sanguin et nerveux, d'un caractère extrêmement irascible et impatient, jouissait d'une santé qui n'avait jamais été altérée que par huit ou dix écoulemens vénériens et deux fois la gale, qu'il avait contractés dans sa jeunesse, et dont il se trouvait parfaitement guéri. Ayant fait au mois de juin 1815 un effort pour soulever une planche dont une extrémité était appuyée sur l'aîne gauche, il ressentit dans cette partie une douleur très-vive, mais qui ne fut que momentanée. Elle ne l'empêcha nullement de continuer son travail ce jour-là et les suivans. Au bout de deux mois, Berger sentit à l'aîne gauche, à deux pouces au-dessous

* Bulletins de la Faculté de Médecine de Paris et de la Société établie dans son sein, t. v, p. 535. Années 1816 et 1817.

externe. Cette incision doit être située à environ un pouce et demi de l'épine antérieure

---

des ligamens de Poupart, une tumeur du volume d'une noisette, parfaitement indolente, et à laquelle même il porta peu d'attention. Cette tumeur fit des progrès presque insensibles jusqu'au mois de juin 1816. A cette époque, le malade ayant fait un nouvel effort pour soulever une planche, la tumeur acquit le volume d'un œuf de poule. Enfin, il y a environ trois semaines qu'il tomba sur la rampe d'un large bassin de cuivre employé pour la cristallisation du salpêtre. Dans cette chute, le poids du corps porta, par une sorte de fatalité, sur la région inguinale gauche : la tumeur prit alors un tel développement que Berger en conçut quelques inquiétudes, ce qui le décida à consulter un chirurgien qui, ayant reconnu la maladie, lui conseilla d'entrer à l'Hôtel-Dieu. Il vint dans cet hôpital le 23 août 1816 : la tumeur, située à l'aîne gauche, avait alors le volume et la forme d'une grosse poire, dont la base était tournée en haut et le sommet en bas et en dedans, commençant un peu au-dessus de l'arcade crurale ; elle s'étendait à quatre pouces au-dessous ; sa largeur était de deux pouces et demi ; elle présentait des mouvemens de dilatations et de resserrement isochrones à ceux du pouls. Si l'on exerçait une compression au-dessus de la tumeur, sur un point de l'artère iliaque externe, on suspendait toute espèce de battement dans la tumeur, et l'on faisait diminuer son volume. Si l'on exerçait la compression au-dessous d'elle, ses battemens paraissaient plus forts, et la tumeur plus volumineuse ; la compression pratiquée sur la tumeur elle-même la faisait en partie disparaître, et l'on sentait alors que les parties étaient inégales ou de consistance cartilagineuse. D'ailleurs, la tumeur était parfaitement indolente, et la peau n'offrait aucun changement de couleur. Comme cet homme était habitué à l'usage du vin, on lui en donna un demi-litre, et on le mit à la portion.

Deux méthodes de traitement s'offraient naturellement, la ligature et la compression ; si cette dernière ne réussissait pas, elle devait avoir l'avantage de préparer le succès de la première ; l'application de la glace sur la tumeur devait aussi favoriser le succès de la

et supérieure de l'iléon, vers la ligne blanche; son extrémité inférieure se terminera à en-

---

compression par la concrétion du sang contenu dans la tumeur. On rasa la partie, et, pendant plusieurs jours, M. Dupuytren se contenta d'observer la tumeur; mais s'étant bientôt convaincu, par plusieurs essais, de la facilité avec laquelle on pouvait comprimer l'iliaque externe sur la surface du corps du pubis, et suspendre entièrement la circulation par l'application du doigt indicateur, il fit faire une machine au moyen de laquelle un appui étant pris sur le sacrum, il n'y eut en avant qu'un seul point de comprimé; savoir, la partie de l'iliaque externe qui répond à la face interne du corps du pubis. Cette machine était formée par une large plaque de fer qui avait huit ou dix pouces de hauteur, et dont la largeur était égale à celle du bassin. Elle présentait une concavité qui s'accommodait à la convexité de celui-ci. De ses parties latérales partaient deux branches qui, arrivées au niveau du périnée, se réunissaient pour n'en former plus qu'une seule. Celle-ci remontait en avant et à gauche jusqu'au-dessus de l'arcade crurale, où elle se terminait par une mortaise à laquelle on pouvait adapter une autre pièce de fer que l'on faisait mouvoir à droite ou à gauche, et qu'on fixait au moyen d'une vis très-courte. Elle offrait à son extrémité contournée à gauche, deux longues tiges de fer soutenant une vis de pression terminée inférieurement par une pelote qui avait deux pouces de hauteur sur un pouce et demi de largeur; sa direction était telle qu'elle exerçait sur la fin de l'iliaque externe, dans le lieu où cette artère correspond à la face interne du corps des pubis, une compression d'avant en arrière, de haut en bas et de droite à gauche. Cette machine était recouverte de toute part de peau de chamois, et en arrière d'un large coussin. Ce fut le 2 septembre que l'on en fit l'application; on plaça sous le jarret gauche du malade un coussin pour tenir le membre inférieur constamment dans la demi-flexion; la pelote de la machine fut appliquée à un pouce environ au-dessus de la tumeur anévrismale; et la circulation étant parfaitement suspendue ainsi que les battemens de la tumeur, on appliqua sur celle-ci de la glace pilée enfermée

viron un demi-pouce au-dessus du ligament de Poupart. Les bords de cette incision des

---

dans une vessie de porc et qu'on renouvelait. Toutes les parties voisines furent recouvertes de drap en plusieurs doubles, de telle manière que la glace ne pouvait agir que sur la tumeur elle-même.

La compression exercée par cette machine présenta plusieurs inconvéniens. Les battemens de la tumeur anévrismale qui, lors de l'application récente de cette mécanique, étaient exactement suspendus, reparaissaient aussitôt que le malade parlait, toussait, ou bien au plus léger mouvement. Son corps, quoique placé sur un plan horizontal, glissait vers les pieds du lit et dérangeait la compression. Enfin celle-ci, lorsqu'elle était exacte, devenait si douloureuse pour ce malade, qui s'impatientait de tout, qu'il pouvait à peine la supporter pendant quinze ou vingt minutes, surtout si l'on faisait en même temps les applications de la glace. Il supportait quelquefois la compression pendant une demi-heure lorsqu'on l'exerçait seule, la glace rendant les douleurs presque intolérables. Le malade comparait leur effet tout à-la-fois à un sentiment de brûlure et de déchirure, qui persistait encore plusieurs minutes après la cessation de leur emploi. Ces douleurs étaient évidemment dues à la compression du nerf crural. M. Dupuytren fit subir à cette machine plusieurs corrections; mais comme elle avait l'inconvénient de ne point faire corps avec le malade, et le bassin glissant toujours vers le pied du lit, la compression ne pouvait point être exacte et continue; elle ne fut exercée que jusqu'au 18 septembre. Les douleurs devinrent alors si intenses, qu'on fut contraint d'abandonner la compression.

La tumeur ayant diminué d'une manière manifeste, M. Dupuytren permit au malade de se lever. Cet homme éprouva en marchant un sentiment de gêne et de roideur dans l'articulation fémoro-tibiale gauche, qui fut dissipé au bout de quarante-huit heures. Les difficultés qu'il fallait vaincre pour exercer une compression constante et dans le lieu que j'ai indiqué, loin de faire renoncer à cette méthode, fournit l'idée d'une nouvelle machine plus simple que la

tégumens étant écartés, l'aponévrose du muscle oblique externe se trouvera à dé-

---

première, analogue au bandage de Camper, et construite d'après les mêmes principes. Elle consistait en une bande d'acier élastique, formant les cinq sixièmes d'un ovale; l'extrémité droite, assez large, prenait un appui sur la hanche du même côté; l'extrémité gauche, plus étroite et contournée de haut en bas, d'avant en arrière et de droite à gauche, offrait, à six pouces de sa terminaison, une petite pelote dont les dimensions étaient absolument semblables à celle dont j'ai déjà parlé dans la description de la première machine, et répondait parfaitement au point où l'artère iliaque externe passe sur le corps du pubis; ce bandage exerçait la compression par son élasticité et au moyen de deux sous-cuisses qui, partant de la partie postérieure de l'ovale qu'il représente, venaient se fixer en avant à deux petits boutons de cuivre; l'extrémité gauche, qui était un peu relevée en avant, et qui se prolongeait de gauche à droite, formait un levier au moyen duquel on pouvait facilement graduer la compression, qu'on modifiait à l'aide du sous-cuisse gauche percé de trous à trois ou quatre lignes de distance les uns des autres. Ce bandage était recouvert de toute part de peau de chamois, et l'on avait soin de placer le petit coussin dans les lieux où il prenait ses points d'appui; ce fut le 28 septembre au soir que l'on commença à en faire l'application; il fut facile de voir que le bandage avait sur la première machine l'avantage de permettre au corps de faire tous les mouvemens, avantage qui donnait à la compression une exactitude et une fixité qui auraient certainement atteint le but qu'on se proposait si le malade eût été plus courageux et moins impatient. On recommença les applications de glace pilée qu'on renouvelait aussi souvent qu'il était nécessaire; la compression, qui pouvait être graduée et faite avec la plus grande exactitude au moyen du levier et du sous-cuisse dont j'ai parlé, n'était pas supportée par le malade plus long-temps que lorsqu'elle était exercée par la première machine; il l'endurait même plus difficilement. Dix jours après l'application de ce nouveau bandage, cet homme demanda à être opéré par la ligature. Ce fut en vain qu'on lui fit sentir tous les avantages de la compression

couvert, et on en fera la division dans toute l'étendue de la plaie externe. On introduira

---

et les dangers que ferait courir la ligature; il se refusa à l'emploi du premier moyen, et sollicita ardemment l'opération.

M. Dupuytren, cédant à ses instances, remit l'opération à huit jours, et permit au malade de se lever. La tumeur anévrismale était alors réduite aux deux tiers de son volume, et la force des battemens notablement diminuée. Le 9 et le 10 octobre, le malade éprouva des douleurs dans la tumeur anévrismale; elles se firent sentir à son côté interne et s'étendaient jusqu'à la partie moyenne de la cuisse; elles revenaient par intervalle et avec assez de vivacité pour réveiller le malade en sursaut. Les douleurs de la tumeur avaient cessé le 13; mais à la partie postérieure de la cuisse, et suivant la direction du nerf sciatique, il survint des douleurs qui, quoique moins vives que les autres, avaient le même caractère. Le malade étant habituellement constipé, on lui administra le 14 et le 15 des lavemens émolliens qui ne procurèrent que deux petites selles de matières dures et noires. L'opération devant être pratiquée le lendemain, M. Dupuytren prescrivit une once de sirop diacode, ce qui produisit un sommeil tranquille pendant six heures. On rasa la partie, et le 16 octobre l'opération fut exécutée.

L'appareil se composait de plusieurs bistouris convexes sur le tranchant, d'un bistouri boutonné droit, d'une sonde cannelée, de deux stylets aiguillés, enfin de larges rubans de fils cirés, de plusieurs autres ligatures, de l'aiguille à manche de M. Deschamps, de pinces, de ciseaux, de plusieurs petits cylindres de linges et d'éponge.

Le malade étant dans une position horizontale, M. Dupuytren, placé à sa gauche, pratiqua au-dessus de l'arcade crurale gauche et en dehors du cordon des vaisseaux spermatiques une incision qui, partant à un pouce de l'épine du pubis, fut prolongée obliquement jusqu'à un demi-pouce au-dessous de l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles; la peau, l'aponévrose et les muscles qui forment la paroi abdominale ayant été coupés couche par couche et avec beaucoup de précaution, on trouva ensuite du tissu cellulaire jaunâtre et légèrement injecté, mais d'une densité et d'une résistance

alors le doigt au-dessous des bords inférieurs des muscles oblique interne et transverse,

---

très-remarquables, et intimement confondu avec un grand nombre de glandes lymphatiques qui enveloppaient l'artère iliaque externe et adhéraient intimement avec elle. Cette circonstance augmenta les difficultés pour parvenir à mettre l'artère à découvert. Non-seulement il fallut enlever le tissu cellulaire couche par couche, mais encore, pour favoriser cette dissection pénible, il fallut faire, au moyen des ciseaux, à l'aponévrose, fortement tendue, plusieurs petites incisions transversales à la première. L'artère ayant été dégagée en dehors du tissu cellulaire qui l'environnait, M. Dupuytren la sépara en dedans de la veine iliaque au moyen du doigt indicateur, et avec beaucoup de précaution, il parvint à la soulever avec ce même doigt, pendant qu'un aide engageait au-dessous d'elle la sonde cannelée. M. Dupuytren, comprimant alors l'artère entre la sonde et l'indicateur, suspendit tout battement dans la tumeur; bien convaincu par cette manœuvre que l'artère était saine, la première ligature fut placée à un demi-pouce environ au-dessus de la tumeur anévrismale, au moyen d'un stylet aiguillé conduit dans la cannelure de la sonde; on engagea la ligature d'attente de la même manière, un demi-pouce plus haut. L'opérateur souleva ensuite l'artère à l'aide de la première ligature, et plaçant le doigt indicateur de la main gauche par-dessus, il suspendit de nouveau la circulation : l'artère ayant d'ailleurs été parfaitement isolée, on ne pouvait commettre de méprise. La ligature fut alors serrée immédiatement et sans aucune interposition de corps étrangers; elle ne le fut que médiocrement, et cependant assez pour suspendre tout battement dans la tumeur. La première ligature fut placée dans l'angle inférieur de la plaie, la ligature d'attente dans l'angle supérieur; l'on enveloppa l'une et l'autre d'une petite compresse; la plaie fut pansée avec un linge troué et enduit de cérat, que l'on recouvrit de charpie fine; des compresses triangulaires et le spica de l'aîne complettèrent l'appareil. Ce qu'il y eut de remarquable pendant l'opération, c'est que le malade, contractant fortement les muscles de l'abdomen, les bords de la plaie étaient presque mis en contact, et le péritoine, repoussé

de manière à protéger le péritoine, tandis que l'opérateur divisera ces muscles avec

---

en dehors par les intestins, venait se présenter sous le bistouri : ces circonstances obligèrent un aide à repousser le péritoine et les intestins d'une main, tandis que de l'autre il tenait les bords de la plaie écartés.

Le malade supporta l'opération sans proférer la moindre plainte; mais il éprouva des envies de vomir et une légère syncope.

Après le pansement, il fut transporté dans son lit, la tête élevée par des oreillers, les cuisses et les jambes fléchies sur le bassin; un coussin fut placé sous les jarrets; on enveloppa le membre gauche abdominal de sachets remplis de cendres chaudes qu'on reconvrit de draps. On prescrivit pour boisson l'infusion de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger édulcorée, et pour aliment deux bouillons.

Pendant tout le cours de la journée, le malade n'éprouva aucun engourdissement dans le membre; la sensibilité et la myotilité se conservèrent dans toute leur plénitude; la chaleur ne diminua pas un seul instant dans le membre, et le malade y éprouvait même une sensation de chaleur supérieure à celle du côté opposé. L'application de la main n'y faisait remarquer aucune différence; cependant la figure était décomposée. Berger éprouva des douleurs assez vives à l'abdomen et principalement à la région épigastrique, avec une éructation presque continuelle. Au milieu du jour, il ressentit une chaleur générale, un peu de soif; la face se colora fortement; le pouls devint fréquent et dur; le soir, la région épigastrique était distendue, ballonnée; le malade était dans une anxiété extrême. M. Dupuytren prescrivit deux pots d'infusion de camomille et d'anis édulcorée, et des frictions sèches sur la région épigastrique. En outre, il ordonna de pratiquer une saignée s'il se manifestait des symptômes de congestion vers le cerveau. Il y eut pendant la nuit des douleurs fixes à la région épigastrique avec éructation d'une grande quantité de gaz.

Le lendemain au matin, le membre jouissait toujours de toute sa sensibilité et de sa mobilité. La chaleur étant supérieure à celle du

un bistouri ordinaire ou boutonné. On passe ensuite l'indicateur derrière le péritoine, jus-

---

membre opposé. On ôta les sachets de sable chaud, et l'on se contenta de l'envelopper de draps. Les douleurs de l'épigastre étaient toujours très-vives; l'estomac se trouvait si distendu par des gaz, qu'il se dessinait à travers les parois de l'abdomen; il y avait éructation d'une grande quantité de fluides élastiques. Le pouls paraissait moins développé que la veille. La face était *grippée*, la langue sèche et couverte, ainsi que les lèvres et les dents, d'un enduit noirâtre. On prescrivit une potion d'eau de menthe à prendre par cuillerée avec un peu de sucre. On donna un lavement composé d'une décoction de deux onces de tamarins dans huit onces d'eau; mais comme il ne produisit aucune évacuation, on en administra un second fait avec deux onces de tamarins dans dix onces d'infusion de camomille. Celui-ci fut rendu peu de temps après, coloré par les matières fécales; il provoqua l'issue de quelques vents qui soulagèrent le malade momentanément et lui procurèrent quelques instans de sommeil. La douleur de l'épigastre se renouvela bientôt; elle était toujours accompagnée d'une abondante éructation de gaz par la bouche.

Au milieu du jour, la face se colora fortement, le pouls devint dur et fréquent, la douleur de l'épigastre s'étendit aux hypocondres. M. Dupuytren prescrivit une saignée du bras, de deux palettes et demie, des lavemens émolliens et une limonade végétale. Ces moyens procurèrent quelques heures de sommeil.

Le soir, il y avait un peu de trouble dans les idées, le malade ne conservait aucun souvenir de ce qui s'était passé pendant la journée. La région épigastrique était toujours douloureuse, distendue, et résonnait par la percussion. Il se faisait par la bouche un dégagement presque continuel de gaz; la langue était rouge et sèche, le pouls dur et fréquent. Une seconde saignée de deux palettes fut pratiquée pour combattre le trouble des idées, et l'on administra des lavemens émolliens. L'on introduisait souvent dans le rectum une sonde de gomme élastique pour favoriser la sortie des gaz. Il

qu'à ce qu'on arrive au bord interne du muscle psoas, où l'on sent distinctement les

---

n'y eut point d'évacuation alvine. Le malade trouva du calme et plusieurs heures de sommeil.

Le troisième jour au matin, la figure n'était plus *grippée* comme la veille; le malade paraissait moins inquiet; le pouls avait perdu de sa fréquence et de sa dureté; la langue était moins sèche, la peau un peu moite, la région de l'estomac moins tendue et moins douloureuse, mais toujours éructations fréquentes. L'on continua la limonade végétale et l'on administra deux demi-lavemens dans chacun desquels on mit une demi-once d'huile de ricin : ils ne furent point rendus, mais l'urine coula abondamment. Le soir, l'état du malade était encore meilleur que le matin. La nuit suivante, il y eut trois heures de sommeil.

Le quatrième jour, le pouls était presque naturel, la langue humectée, les douleurs de l'épigastre paraissaient beaucoup moins vives; mais il se dégageait toujours par la bouche une grande quantité de gaz. Le membre n'avait rien perdu de sa sensibilité, de sa contractilité et de sa chaleur ordinaire; on donnait toujours deux bouillons dans le cours de la journée, et l'on continua la limonade et les lavemens émolliens; l'introduction fréquemment répétée de la sonde de gomme élastique dans l'anus donnait toujours issue à beaucoup de vents.

Le soir, même état. Le malade se sentant un peu d'appétit, on lui permit deux bouillons, et il dormit plusieurs heures; mais son sommeil fut interrompu subitement par des rêves pénibles.

Le cinquième jour, l'appareil, pénétré par la suppuration, fut enlevé sans causer la moindre douleur, au grand étonnement du malade, qui s'attendait à éprouver de cruelles souffrances. A trois lignes de l'angle externe et supérieur de la plaie, on observa une petite tache noire de deux lignes de diamètre, probablement déterminée par la compression exercée par le spica de l'aîne. La tumeur anévrismale n'avait plus que le tiers de son volume, et n'offrait aucun battement. Les artères poplitée, tibiale postérieure et pédieuse n'en offraient pas non plus; cependant, le malade pou-

pulsations de l'artère. La veine iliaque externe est située sur le côté interne de l'artère;

---

vait remuer les orteils. Le toucher le plus léger était ressenti dans toutes les parties du membre, et la chaleur, loin d'éprouver de la diminution, semblait être augmentée si l'on s'en rapportait à la sensation qu'éprouvait le malade. La douleur épigastrique avait presqu'entièrement disparu; mais le malade rendait toujours une grande quantité de gaz par la bouche et par l'anus; sa langue était rouge et sèche; le pouls restait encore fréquent; il y avait un peu de toux, et à chaque effort, le malade éprouvait une douleur assez vive, correspondant à la plaie. Celle-ci fut pansée avec des bandelettes de cérat et de la charpie fine maintenue par des compresses et un bandage triangulaire. On continua la limonade et les bouillons. Dans la journée, il y eut un peu de trouble dans les idées. La nuit fut très-agitée; on observa un peu de délire. Deux lavemens émolliens amenèrent une selle copieuse de matières noires et consistantes. Après cette évacuation, le délire cessa.

Le sixième jour au matin, on trouva la face triste, la langue sèche et brune, les lèvres et les dents couvertes d'un enduit fuligineux, le pouls fréquent; le membre était d'ailleurs dans un état parfaitement bon. La plaie fut pansée comme la veille. M. Dupuytren examina la tumeur avec beaucoup d'attention et y distingua un léger frémissement; il prescrivit de la bière coupée avec de l'eau de Seltz.

Le septième jour, la langue resta sèche et rouge, le pouls devint fréquent, la voix sembla un peu altérée. Il n'y eut d'ailleurs nulle difficulté de respirer, nulle douleur à la poitrine et à l'abdomen, si l'on en excepte celle de la plaie, chaque fois qu'il survint des quintes de toux. Le membre resta chaud et sensible, et pouvait se mouvoir aisément; la suppuration devint abondante et de bonne nature; l'aspect de la plaie était vermeil. M. Dupuytren examina de nouveau la tumeur; il y reconnut, comme la veille, de légers battemens. On continua l'usage de l'eau de Seltz et de la bière, et l'on permit quatre bouillons. Deux lavemens émolliens furent administrés dans la journée; ils occasionnèrent d'abord une légère colique, qui fut bien-

le muscle psoas s'étend entre l'artère et le nerf crural antérieur ; l'artère et la veine sont

---

tôt suivie de deux évacuations assez copieuses de matières jaunâtres et liquides; trois autres selles eurent lieu dans la journée; elles furent moins abondantes que les premières. Après ces évacuations, l'appétit reparaissant, M. Dupuytren prescrivit six bouillons. La nuit suivante, le malade eut trois autres selles de matière liquide. Vers le matin, il dormit pendant plusieurs heures.

Le huitième jour, le malade était dans une moiteur générale; la figure bonne, le pouls sans fréquence, la langue rouge et humide, la suppuration abondante et louable, le membre jouissait parfaitement de sa sensibilité, de sa contractilité et de sa chaleur, état qu'il conserva pendant tout le reste du traitement.

M. Dupuytren constata plusieurs fois, dans les pansemens subséquens, que la tumeur offrait des battemens sensibles au toucher, mais qui l'étaient encore à la vue lorsque, prenant pour terme de comparaison un point fixe, on regardait la tumeur avec beaucoup d'attention. Dans la journée, le malade eut deux petites selles; le soir, trois autres: elles étaient liquides et jaunâtres. Pendant la nuit, il fut très-calme, et goûta cinq ou six heures d'un sommeil réparateur. Dès ce moment il cessa d'éprouver, à la région épigastrique, ce sentiment pénible et quelquefois douloureux qui s'était développé peu d'heures après l'opération, et qui jusqu'ici n'avait laissé que quelques instans de repos. L'éructation presque continuelle qui le tourmentait cessa aussi entièrement.

Le neuvième, on remarqua pendant le pansement, du côté gauche de l'abdomen, à quelques lignes au-dessus de la plaie, des battemens extrêmement forts, et qui semblaient appartenir à l'artère iliaque externe; la tumeur anévrismale continuait d'offrir des pulsations distinctes au tact et à la vue. Malgré cela on observait dans son volume une diminution qui devenait de plus en plus sensible. La petite escarre que l'on avait observée à quelques lignes de l'angle externe de la plaie, lors de la levée du premier appareil, et qui probablement avait été produite par la compression exercée par le spica de l'aîne, était presque entièrement séparée des parties vivantes: c'est à cette

unies ensemble par un tissu cellulaire dense que l'on divisera soit avec l'ongle, soit avec

---

époque que, pour rétablir les forces du malade affaibli par la diète, on donna deux cuillerées de vin de Bordeaux soir et matin.

Du dixième au douzième jour, le malade éprouva par intervalle un hoquet qui n'était d'ailleurs accompagné d'aucun autre symptôme fâcheux, mais qui revenait assez fréquemment pour interrompre le sommeil; néanmoins le malade avait de l'appétit. On lui accorda deux soupes et quatre bouillons; trois cuillerées de vin de Bordeaux étaient données après les soupes, et l'on continuait toujours pour boisson habituelle la bière et l'eau de Seltz. Pendant la nuit du douzième jour, le malade ressentit dans les membres inférieurs des douleurs vagues qui durèrent peu de temps, et qui amenèrent la cessation des hoquets.

Le treizième, on observa que la quantité de pus assez considérable que la plaie fournissait alors, venait d'un petit foyer placé au-dessus de l'angle supérieur au côté interne de la crête de l'os des iles : en exerçant dans ce lieu une légère pression dirigée de haut en bas, on donnait issue au pus. Comme l'appétit du malade augmentait, on lui permit trois soupes et deux petites tartines de confitures, après lesquelles il buvait un verre à liqueur de vin de Bordeaux.

Le quatorzième, en cherchant l'artère iliaque, à quelques pouces au-dessus de la plaie, et suivant la direction du vaisseau, on ne sentait plus aucun battement, quoiqu'on en eut observé de très-forts peu d'instans après la levée du premier appareil. Ces battemens étaient très-manifestes du côté opposé. On remarqua également que les pulsations de la tumeur étaient irrégulières et intermittentes, et que les intermittences étaient souvent de plusieurs minutes.

Le quinze, les ligatures ayant été soulevées légèrement, M. Dupuytren les retira de plusieurs lignes hors de la plaie sans éprouver la moindre résistance; mais il ne voulut point les enlever ce jour-là.

Le soir, comme le malade éprouvait une violente céphalalgie et qu'il n'avait point été à la selle depuis plusieurs jours, on prescrivit

l'instrument, de manière à permettre à l'opérateur d'introduire la pointe de l'aiguille à

---

l'application d'un sinapisme au pied droit, et un lavement émollient. Quelques heures après l'emploi de ces moyens, le malade eut deux selles assez copieuses, la céphalalgie fut dissipée, et le malade dormit bien pendant toute la nuit.

Le seizième jour, les deux ligatures tombèrent d'elles-mêmes; celle d'attente formait une petite anse dont les extrémités se trouvaient intimement réunies par du pus desséché. La ligature qui avait été serrée offrait assez bien l'image d'une petite tige terminée par un cercle dans l'aire duquel il n'y avait aucun débris de l'artère. On ne put pas s'assurer si la ligature d'attente avait coupé l'artère dans le lieu même où elle avait été placée, ou bien si elle était sortie par le même endroit que la ligature qui avait été serrée. La première opinion paraît plus admissible d'après les observations faites sur d'autres individus par M. Dupuytren, et particulièrement depuis des expériences que nous avons tentées sur des animaux; expériences qui ont démontré qu'une ligature non serrée coupait l'artère dans le lieu même où elle était placée aussi promptement que la ligature serrée. L'appétit du malade augmentait chaque jour; on lui prescrivit pour aliment deux cotelettes et plusieurs soupes. On continuait le vin de Bordeaux, la bière et l'eau de Seltz.

Le dix-neuvième et vingtième jours de l'opération, les battemens de la tumeur restaient toujours sensibles au tact et à la vue. La suppuration, quoique de bonne nature, était très-abondante. On pansa deux fois par jour, et à chaque pansement on exerçait de légères pressions pour donner issue au pus, qui venait principalement de l'angle supérieur de la plaie; on administrait tous les deux ou trois jours des lavemens émolliens pour combattre la constipation habituelle du malade.

Le vingt-troisième jour, les angles de la plaie commencèrent à se cicatriser. On réprima avec le nitrate d'argent fondu les bourgeons charnus qui, dans quelques points, s'élevaient au-dessus du niveau de la peau.

Le malade, qui n'avait pas dormi de la nuit, se livra sans pru-

anévrismes entre l'artère et la veine, et de la ramener de l'autre côté de la première. La

---

dence à divers mouvemens, et vers les neuf heures du soir, il y eut une hémorragie qui pénétra l'appareil : la quantité du sang fut évaluée à une demi-palette. L'appareil ayant été enlevé, on examina la plaie avec beaucoup d'attention; mais comme on ne vit rien qui pût en faire découvrir la source, on pansa comme les jours précédens.

Le vingt-quatrième jour au matin, il y eut une nouvelle hémorragie un peu plus abondante que la première; elle fut accompagnée de douleurs vives dans la plaie; le sang, qui parut venir du bout inferieur de l'artère, était éminemment artériel; son écoulement avait lieu en nappe. M. Dupuytren exerça une compression avec l'index et le médius de la main droite, à un pouce au-dessus de la plaie, nettoya celle-ci des caillots qu'elle contenait; il plaça ensuite une compresse graduée, soutenue par un bandage élastique et circulaire; la plaie fut seulement recouverte d'un peu de charpie. La figure du malade était décomposée, et déjà il commençait à y avoir par la bouche un dégagement abondant de fluides élastiques. Au bout d'une heure et demie, il y eut de nouveau un petit écoulement de sang; il ne fit que pénétrer la charpie appliquée sur la plaie. La compression fut augmentée et l'hémorragie arrêtée; mais au bout d'une heure, la compression s'était relâchée; il se fit encore un petit écoulement de sang. La compression fut augmentée à un degré qui devint douloureux au malade. Le bord inférieur de la plaie était déprimé, tandis que le bord supérieur s'élevait d'un demi-pouce au-dessus de la pelote du bandage. Alors M. Dupuytren se détermina à employer le tamponnement, qui fut exécuté de la manière suivante : le bandage compressif fut enlevé et la plaie nettoyée; on en retira trois caillots de sang de la grosseur et de la figure d'une grosse noix : l'un d'eux était entièrement composé de fibrine. Après leur extraction, un flot de sang se manifesta. M. Dupuytren porta aussitôt au fond de la plaie ses doigts index et médius de la main droite, et cette manœuvre arrêta de suite l'hémorragie. Tout ce qu'on avait fait jusqu'ici avait été exécuté avec une telle

ligature, conduite ainsi autour de l'artère, étant liée, on rapproche les bords de la plaie

---

prestesse, qu'il n'avait pas été possible de constater d'une manière certaine si l'hémorragie provenait du bout inférieur de l'artère, quoique cependant la compression qui avait été exercée quelque temps avec succès sur le bout inférieur portât à le croire. Ce fut pour s'en assurer que M. Dupuytren suspendit la compression pendant une seconde, et alors on put se convaincre que le sang provenait du bout inférieur du vaisseau. Pendant ce temps, plusieurs aides préparèrent un grand nombre de bourdonnets imprégnés de colophane réduite en poudre impalpable. L'opérateur prit alors un de ces bourdonnets de la main gauche et le porta au fond de la plaie, en même temps qu'il retira les deux doigts de la main droite qui exerçaient la compression. Cette opération fut faite avec tant de promptitude et d'exactitude qu'il ne s'écoula pas une goutte de sang. D'autres tampons furent placés successivement au-dessus du premier, mais à quelque distance les uns des autres, afin que l'on pût observer s'il ne s'écoulait point de sang, ce qui en effet n'eut pas lieu.

Lorsque la plaie fut exactement remplie de tampons, on la couvrit d'une compresse épaisse et de forme triangulaire, et par-dessus celle-ci, on plaça d'autres tampons qui furent soutenus par le spica de l'aîne; ce tamponnement, qui exerçait une compression plus douloureuse que le bandage, fut cependant supporté patiemment par le malade, qui sentait alors toute l'utilité de ce moyen et le danger de sa position. La jambe et la cuisse furent fléchies sur le bassin, et soutenues dans cet état par un oreiller placé sous le jarret. On prescrivit de la limonade vineuse et six bouillons.

Le soir, l'appareil, resté en bon état, s'était opposé à l'écoulement du sang. La figure du malade était bonne, son esprit moins inquiet et le pouls naturel. La nuit fut calme, et il y eut plusieurs heures de sommeil.

Le lendemain matin, on vit qu'il y avait eu un léger écoulement de sang qui avait pénétré l'appareil; de nouveaux bourdonnets de charpie furent placés dans ce point et soutenus par un spica. Le membre n'éprouvait d'ailleurs aucun engourdissement; il conser-

avec des bandelettes d'emplâtre agglutinatif. Le malade sera remis ensuite dans son lit,

---

vait sa chaleur, sa sensibilité et sa motilité; mais le malade paraissait inquiet; sa face était décomposée; son pouls avait de la fréquence; il éprouvait de légères douleurs à l'épigastre; il rendait beaucoup de gaz par la bouche. On continua la limonade vineuse et les bouillons, et l'on prescrivit la bière et des lavemens émolliens qui ne donnèrent lieu à aucune évacuation. Le soir, l'esprit du malade était plus tranquille; mais il se plaignit d'un sentiment de gêne causé par la position qu'il était obligé de garder; il ressentait au talon une douleur assez vive: comme elle était due à la position, elle cessa presque aussitôt qu'on eut placé le malade plus convenablement. Les douleurs de l'épigastre et l'éructation du gaz avaient cessé; la nuit fut calme, et il y eut un peu de sommeil.

Le vingt-sixième jour, il s'était fait entre la peau et la partie supérieure de l'appareil un léger suintement de sang et de pus; la paroi de l'abdomen était légèrement douloureuse dans l'étendue de quelques pouces, et immédiatement au-dessus du spica de l'aîne. Le malade se trouvait bien; il avait un peu d'appétit. On continua les bouillons, auxquels on ajouta seulement un peu de crême de riz.

Du vingt-septième au vingt-neuvième jour, il ne s'écoula qu'un peu de pus; il se faisait jour entre la partie supérieure du spica de l'aîne et les parois abdominales. Comme le malade se plaignait d'éprouver un peu de douleur dans la partie postérieure du bassin, et qu'il l'attribuait à la position constante qu'il était obligé de garder, on examina cette partie, et quoiqu'on n'y aperçût ni rougeur ni excoriation, on la couvrit d'un large emplâtre de diachylon gommé. Dans l'intention de prévenir ces accidens, un large coussin fut placé sous le dos, et le corps fut légèrement incliné sur le côté gauche: les oreillers étaient renouvelés chaque jour.

Le trentième jour au soir, le malade, qui éprouvait toujours un sentiment de gêne, soit qu'il fût couché sur le dos ou sur l'un ou l'autre côté, ayant fait plusieurs mouvemens brusques, donna lieu à une hémorragie: du sang vermeil s'écoula le long des bourses; sa quantité fut estimée à une demi-palette. Les chirurgiens de garde

et on lui fera fléchir la cuisse sur le bassin, afin de placer l'artère dans un état de relâchement.

---

arrêtèrent cette hémorragie en plaçant dans le lieu d'où elle provenait de nouveaux bourdonnets de charpie, soutenus par un spica. Le malade ne s'inquiéta presque pas de cette hémorragie ; les nombreux accidens qu'il avait éprouvés semblaient l'avoir aguéri ; et quoiqu'il eût beaucoup maigri, ses forces se soutenaient. M. Dupuytren prescrivit un verre à liqueur de vin de Bordeaux, donné soir et matin, et quatre soupes avec la fécule de pommes de terre. La nuit fut bonne ; et les jours suivans, l'hémorragie ne se renouvela point. Le malade se plaignit seulement d'éprouver un sentiment douloureux à la partie supérieure de la cuisse gauche, déterminé par la compression qu'exerçait le spica de l'aîne ; le membre jouissait de toute sa sensibilité, de sa motilité et de sa chaleur, ce qui détermina M. Dupuytren à ne point toucher à l'appareil.

Ce ne fut que le trente-deuxième jour que l'on enleva une partie de l'appareil ; on ôta une assez grande quantité de charpie avec beaucoup de précaution : on ne laissa que la bande qui avait été appliquée lors du premier tamponnement. Comme il ne s'était écoulé que trois jours depuis la dernière hémorragie, il eût été imprudent de renouveler entièrement l'appareil. Le pus continuait d'ailleurs à s'écouler librement entre les parois abdominales et le dernier bandage. Ce que l'on avait enlevé de l'appareil avait apporté une grande diminution aux douleurs que le malade ressentait auparavant à la cuisse. Le soulagement fut tel, que ce malade, qui n'avait eu qu'un sommeil interrompu les jours précédens, goûta cinq ou six heures d'un sommeil continu.

Le lendemain, comme il n'y avait eu aucune hémorragie, M. Dupuytren enleva encore plusieurs pièces d'appareil, et ne laissa que les tampons de charpie qui étaient immédiatement engagés dans la plaie. Autour de celle-ci, la peau était rouge et excoriée dans quelques points. Ces excoriations furent recouvertes d'emplâtre de cérat. De la charpie, quelques compresses et un bandage triangulaire complétèrent le reste de l'appareil.

La méthode opératoire de M. Astley Cooper consiste à faire une incision semi-lunaire

---

Le soir, la partie supérieure de la cuisse gauche était rouge, tuméfiée et légèrement douloureuse ; le malade n'avait pas d'appétit ; la soif était vive, la langue rouge et sèche, le pouls fréquent. On appliqua sur la cuisse des compresses imbibées d'eau de Goulard.

Pendant la nuit, il y eut un peu de délire, durant lequel le malade se livra à une multitude de mouvemens bien propres à renouveler l'hémorragie si elle avait dû arriver ; il voulut même enlever son appareil. Tous ces mouvemens n'amenèrent heureusement rien de fâcheux.

Le trente-quatrième jour ou le cinquième après la dernière hémorragie, on retira de la plaie, non sans beaucoup de temps, de peine et de précaution, le reste de l'appareil : il représentait un cône d'un pouce et demi, dont le sommet était légèrement recourbé en avant et à droite. La plaie, qui avait la même forme, laissait écouler un pus de bonne nature qui fut absorbé avec beaucoup de précaution au moyen de petits tampons de charpie mollette, maintenus par quelques compresses et un bandage triangulaire. La tension et la douleur de la cuisse étaient encore augmentées depuis la veille. On continua les compresses trempées dans l'eau de Goulard ; on donna pour boisson la limonade végétale, et pour aliment six bouillons. On remarqua que, non-seulement la tumeur anévrismale n'offrait plus de battemens, mais encore qu'elle était réduite au sixième de son volume ; elle présentait au tact une dureté presque cartilagineuse.

Le soir, la cuisse semblait avoir diminué de volume, mais la douleur était extrêmement vive. Les traits de la face étaient décomposés ; la langue était sèche et rouge, le pouls très-fréquent ; il y avait un peu de délire, de légères coliques, et une éructation abondante de gaz. Quoique le malade éprouvât de la constipation depuis quelques jours, M. Dupuytren ne voulut pas donner de lavement, dans la crainte qu'en allant à la selle, le malade ne fît des efforts capables de renouveler l'hémorragie. On prescrivit deux pots de limonade cuite.

aux tégumens, dans la direction des fibres de l'aponévrose du muscle oblique externe.

Le lendemain, l'état du malade était bien meilleur; la douleur et la tuméfaction de la cuisse paraissaient notablement diminuées; la langue était toujours rouge, mais humide; le pouls moins fréquent; il n'y avait plus de colique ni d'éructation. L'aspect de la plaie était vermeil, la suppuration peu abondante, mais de bonne nature; le membre parfaitement chaud, mobile et sensible; l'appétit revenu. On prescrivit deux soupes, quelques bouillons, et, pour boisson ordinaire, la limonade végétale et une petite quantité de vin de Bordeaux.

Le soir, la figure est animée, la langue rouge et un peu sèche, la soif vive et le pouls fréquent. Les jours suivans, il y eut chaque soir un léger paroxysme.

Le trente-sixième jour, la cuisse, loin d'offrir de la tension, était devenue molle et flasque; on pouvait la toucher sans causer de douleur au malade; à sa partie moyenne et supérieure, on sentait une fluctuation profonde, depuis le lieu occupé par la tumeur jusqu'à son tiers supérieur et interne; et suivant la direction de l'artère crurale, on sentait une série de petites tumeurs dont les supérieures étaient plus grosses que les inférieures. Cette espèce de chapelet était probablement formé par des glandes lymphatiques engorgées. La fluctuation profonde que l'on sentait vers la partie moyenne et supérieure de la cuisse était-elle due à la formation d'un abcès, ou bien dépendait-elle d'un épanchement sanguin qui se serait opéré par la rupture du sac anévrismal? Telles étaient les questions que M. Dupuytren se proposait à lui-même avant d'en venir à une ponction pour évacuer le liquide que l'on sentait profondément dans la cuisse: dans le dernier cas, il aurait fallu exercer un nouveau tamponnement. L'appareil fut tenu prêt, et le lendemain, M. Dupuytren, préparé à tout événement, s'étant de nouveau assuré qu'il existait à la cuisse une fluctuation profonde, plongea à la partie moyenne et supérieure de ce membre, à deux pouces au-dessous du lieu qu'occupait la tumeur anévrismale, la pointe d'un bistouri à lame étroite: d'abord il s'en écoula quelques gouttes d'une véritable sanie d'une odeur ex-

Une des extrémités de cette incision sera située près de l'épine de l'iléon; l'autre se ter-

---

trêmement fétide ; mais une légère pression, exercée au-dessous de cette ouverture, donna issue à une plus grande quantité de la même matière mêlée à un peu de pus très-épais. M. Dupuytren introduisit alors une sonde cannelée dans la cannelure de laquelle il conduisit le bistouri, et agrandit ainsi la petite ouverture qu'il avait faite ; des pressions ménagées, et surtout celles qui étaient dirigées de bas en haut, donnèrent issue à une très-grande quantité de pus mêlé de quelques stries de sang. On plaça sur l'ouverture un peu de charpie fine, et l'on couvrit la cuisse d'un large cataplasme émollient. On prescrivit pour boisson la décoction de quinquina et l'eau vineuse pour prévenir la résorption du pus et soutenir les forces du malade.

On pansa deux fois par jour, et à chaque pansement de légères pressions donnaient issue à une grande quantité de pus ; les parties étaient lavées avec l'eau-de-vie camphrée ; de la charpie et des compresses imbibées d'eau-de-vie couvraient l'ouverture de l'abcès et les parties environnantes. Pour prévenir la résorption du pus et soutenir les forces du malade, on faisait boire de l'eau vineuse. Il avait pris dans la journée quelques alimens ; sa figure paraissait meilleure et moins rouge ; le pouls était naturel, la cuisse moins douloureuse. La nuit fut calme ; la suppuration, quoique abondante, était de bonne nature ; l'odeur fétide que l'on remarquait la veille semblait être moins forte. Le trente-septième jour, on permit à-peu-près la même quantité d'alimens, et de plus quelques verres d'eau-de-vie, et pour boisson, on prescrivit de l'infusion de quinquina. La nuit fut tranquille, et le malade dormit cinq à six heures ; la cuisse était à peine douloureuse lorsqu'on était obligé d'exercer des pressions pour faire sortir le pus.

Dans la nuit du 23 novembre, trente-huitième jour, le malade fut agité par des rêves, ce qui ne changea rien à son état. A chaque pansement l'on retirait quelques portions de tissu cellulaire mortifié, et l'on remarquait que la suppuration était moins abondante. Le membre, qui avait toujours été dans la demi-flexion, fut placé de

minera un peu au-dessus du bord interne de l'anneau abdominal; l'aponévrose du muscle

---

manière à ce que la partie supérieure de la cuisse fût la plus déclive. L'on continua d'appliquer par-dessus la charpie des résolutifs ; l'on prescrivit un gros de quinquina en poudre à prendre en quatre doses, dans chacune desquelles on ajoutait deux grains de rhubarbe, dans l'intention de soutenir les forces et de relever l'appétit. Il y eut une selle dans la journée et une autre dans la nuit.

Le lendemain, trente-neuvième jour, M. Dupuytren agrandit l'ouverture de l'abcès avec un bistouri boutonné. Dans l'intervalle des pansemens, le malade éprouvait dans la cuisse des douleurs assez vives. Le soir, il parut que la suppuration était moins abondante ; mais il se plaignait d'une vive sensibilité qui s'étendait de la partie supérieure du péroné à la malléole externe : cette douleur ne se faisait sentir que par intervalle, et avait quelquefois une telle intensité que le malade ne pouvait retenir ses cris : déjà il s'était plaint de douleurs au genou et à la malléole, mais on les avait attribuées à la compression qu'éprouvaient ces parties. Le membre étant couché sur le côté externe, dans la demi-flexion, la jambe fut enveloppée de laine et le pied de drap chaud. Ces douleurs se dissipèrent au bout de quelques heures. La nuit fut bonne.

Le quarantième jour, le malade demanda à manger ; la suppuration, quoique abondante, était de bonne nature ; elle ne contenait que quelques petits caillots de sang ; sa fétidité devenait moindre ; la plaie de l'ouverture de l'abcès était grise ; on la pansa avec de la charpie trempée dans du vin miellé. Les douleurs qui s'étaient manifestées le long du péroné se renouvelèrent au moment même du pansement, mais elles se calmèrent bientôt. Au pansement du soir, il n'y avait de douleur qu'au genou, qui ne dura que le temps du pansement ; le malade se trouvait d'ailleurs très-bien. Il est à remarquer cependant que pendant cette douleur sa figure se décomposait entièrement ; les yeux se fermaient, la bouche restait à demi-ouverte, la lèvre supérieure se portait vers les ailes du nez, les rides du front se concentraient sur la ligne médiane. La nuit fut tranquille, et le malade exempt de douleurs.

oblique externe sera découverte, et on la divisera dans toute l'étendue et dans la di-

---

Le quarante-unième jour, le pus, de nature louable, diminua de quantité; la plaie de l'abcès était vermeille; il se manifesta au moment du pansement une douleur au côté externe du genou, et le soir, cette même douleur se fit ressentir au côté interne. Le malade prenait néanmoins une assez grande quantité d'alimens, quoiqu'il dît les trouver mauvais.

Le quarante-deuxième jour, même état; diminution de la suppuration d'une manière très-marquée.

Le quarante-troisième jour, sommeil interrompu par des rêves; suppuration diminuant de plus en plus.

Le quarante-quatrième jour, encore des rêves sinistres; peu de sommeil et de l'agitation. L'on attribue ces rêves à une trop grande quantité d'alimens, et on la diminue.

Le quarante-cinquième jour, les selles sont bonnes et régulières, l'appétit excellent; la suppuration continue à diminuer; la nuit se passe sans agitation, sans rêvasserie; mais point de sommeil.

M. Dupuytren trouvant que ce malade marchait lentement vers la convalescence, craignant d'ailleurs que le séjour trop prolongé dans l'hôpital ne lui donnât quelque fièvre de mauvais caractère, le fit transporter en ville, dans un quartier convenablement situé. Ce transport fut fait le 2 décembre avec les plus grands soins, et malgré cela, au pansement du soir, quelques stries de sang étaient mêlées au pus, qui paraissait être un peu séreux. Une légère toux sèche vint fatiguer le malade; cependant il conservait toujours un bon appétit.

Le quarante-huitième jour, même état: comme il avait peu reposé, on lui donna deux gros de sirop diacode pour la nuit suivante. La suppuration, qui restait toujours sanguinolente, diminuait néanmoins tous les jours en quantité. Les douleurs de la jambe se firent sentir pendant la nuit; mais elles furent légères. On fit lever le malade, qui resta environ vingt minutes sur sa chaise, n'éprouvant d'autre douleur qu'une roideur dans l'articulation du genou.

Le quarante-neuvième jour, la suppuration était tellement diminuée que la charpie était à peine imprégnée de pus, et les pressions

rection de la plaie externe. Le lambeau formé de la sorte étant soulevé, l'on verra le

---

en tous sens ne donnaient issue qu'à une très-petite quantité de sérosité sanguinolente; chaque jour la plaie de l'opération diminuait d'étendue et de profondeur. Les douleurs qu'éprouvait le malade à la partie supérieure de la cuisse s'étaient considérablement affaiblies, ainsi que celles qu'il ressentait à la jambe : l'application de la laine sur cette partie fut continuée. Le malade se tint levé cinq quarts d'heure. Depuis environ quatre jours il n'y avait point eu de selles ; un lavement émollient fut administré et fut rendu avec des matières consistantes. La nuit fut bonne. Le malade dormit six heures au moins à l'aide d'un gros de sirop diacode.

Le cinquantième jour, il fut levé pendant une heure : toujours de la roideur dans les mouvemens du membre. L'on ne pansa plus qu'une fois.

Le cinquante-unième jour, même état ; les plaies se cicatrisent.

Le cinquante-quatrième jour, la plaie de l'abcès est presque fermée; celle de l'opération n'a plus qu'un demi-pouce. Le malade va librement à la selle, se lève lui-même, et peut se tenir debout quelques minutes ; toujours bon appétit ; tous les matins on lui donne un petit verre d'eau-de-vie, et il ne restait plus, dans le lieu qu'avait occupé la tumeur, qu'un tubercule de la grosseur d'un noyau de pêche.

Les cinquante-six, cinquante-sept et cinquante-huitième jours, rien de remarquable, si ce n'est quelques légères douleurs assez variables qu'il ressent dans ce membre.

Le 14 décembre ou cinquante-neuvième jour, la plaie de l'opération est entièrement cicatrisée.

Le 15, 16, 17, le malade se lève seul, et reste levé plusieurs heures ; bon appétit, bon sommeil et selles régulières.

Le 18, l'on remarqua, autour de l'ouverture faite à l'abcès, de la rougeur, de la tension et de la dureté sans sensation douloureuse pour le malade. L'on appliqua sur la partie une compresse trempée dans le vin miellé, et qui n'empêcha point le malade de se lever comme à son ordinaire.

cordon des vaisseaux spermatiques passant sous le bord des muscles oblique interne et

---

— M. Collier, le 28 août 1815, à Bruxelles, sur un soldat anglais blessé d'un coup de feu à la cuisse à la ba-

Le 19, l'engorgement œdémateux était augmenté sans qu'il y eût la moindre douleur, soit par la pression, soit pendant la marche; cet œdème était dur et environnait la plaie de l'abcès d'un cercle de deux pouces et demi de largeur; cet engorgement existait aussi dans l'espace compris entre la plaie de l'opération et celle de l'abcès, et suivant la direction de l'artère crurale. Cependant le malade se promenait et mangeait bien; mais il ressentait toujours une vive douleur par élancement, soit dans le genou, soit dans le pied gauche, dans la direction de la distribution du nerf, au côté externe de chaque orteil, et principalement vers le péroné. On appliqua des compresses trempées dans l'eau-de-vie camphrée.

Le 20, la tuméfaction de la cuisse est moindre, mais les douleurs du genou et du pied sont très-vives.

Le 21, le gonflement de la cuisse est presque entièrement dissipé; les douleurs du genou et du pied ont été assez intenses pour empêcher le malade de dormir comme à son ordinaire.

Le 22, même état.

Le 23, cicatrisation entière de la plaie de l'abcès et disparition de la tuméfaction. L'on continue néanmoins l'application des compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée.

Le 26 décembre, soixante-dixième jour, l'on n'emploie plus rien; mais le malade ressent toujours dans le genou et le pied gauche des douleurs qui, dans cette dernière partie, suivent la direction des nerfs: c'est dans cet état qu'il est parti pour chez lui le 30 décembre 1816, très-bien guéri de l'opération.

Cet homme a fait depuis cette époque plusieurs voyages à pied de Caen à Paris, sans aucun inconvénient; cependant, quoiqu'il y ait aujourd'hui (mai 1818) environ dix-huit mois qu'il est guéri, il éprouve encore des douleurs qui suivent le trajet des nerfs.

transverse. L'ouverture du fascia qui borne le muscle transverse et par laquelle sort le

---

taille de Mont-Saint-Jean. L'opéré succomba au bout de quatre jours. Tout le membre correspondant à la ligature de l'artère iliaque externe étant frappé de gangrène (*a*).

(*a*) Jean Morrisy, soldat anglais, âgé de vingt-quatre ans, d'une forte constitution, fut admis, pour un anévrisme de l'artère fémorale droite, dans un hôpital dirigé par M. Collier. La tumeur avait environ trois pouces de long sur deux de large, s'étendait à un pouce en-deçà du ligament de Poupart; ses battemens étaient violens, et elle paraissait offrir une résistance considérable à l'effort du sang. On y remarquait une cicatrice résultant d'une plaie produite par l'entrée d'une balle; son sommet était à deux pouces et demi ou trois pouces du ligament de Fallope. La peau conservait sa couleur naturelle; le membre avait la même température et la même grosseur que l'autre.

J'appris que le malade avait été blessé par un coup de feu le 18 juin 1815, que la balle avait pénétré, qu'elle était restée dans le membre, et que la cicatrice s'était faite par-dessus. Le blessé, au moment de l'accident, perdit beaucoup de sang. Mais rien de particulier ne survint pendant sa guérison, et il sortit de l'hôpital, guéri en apparence, le 12 de juillet. Le 17 du même mois, il fut placé dans l'hôpital de Notre-Dame; il y resta jusqu'au 18 d'août, qu'on le jugea en état de reprendre son service; ce n'est qu'alors qu'il montra sa tumeur à l'officier de santé, et aussitôt il fut soumis à un traitement.

Cet hôpital ayant été évacué, le malade fut confié à mes soins.

Je regardai l'anévrisme comme ayant été déterminé par la lésion du vaisseau dans le passage de la balle, et conséquemment il avait mis deux mois à se former. La constitution du malade était bonne et vigoureuse, et craignant que les pulsations ou toute autre cause maladive n'occasionnassent l'ulcération de la cicatrice, je me

cordon spermatique, est située dans l'espace moyen entre l'épine antérieure et supérieure

---

déterminai à m'assurer sans délai de l'artère iliaque externe par une opération que je jugeai nécessaire pour sauver la vie, et devenir urgente d'après l'accroissement de la tumeur. Le malade mis au lit, on l'assujettit à une diète rigoureuse, et l'on évacua les intestins avant l'opération, qui fut pratiquée le lundi 28 août, à midi, en présence de M. Gunning, chirurgien en chef; de M. Neil, député inspecteur; du docteur Wray, médecin de l'armée, et de plusieurs gens de l'art, à Bruxelles.

Je fis une incision demi-circulaire qui commença à trois quarts de pouce en dedans de l'anneau interne, ayant sa base au ligament de Poupart, et se terminant environ à un pouce et demi de l'épine antérieure et supérieure de l'iléon. Le fascia de l'oblique externe, après avoir été découvert, fut séparé du ligament de Poupart, et dans la même étendue et la même direction. En soulevant le bord inférieur des muscles oblique interne et le crémaster, on vit distinctement le cordon spermatique s'engageant dans l'anneau intérieur. Quelques fibres de l'oblique interne, tirant leur origine du ligament, furent divisées pour donner de l'espace. Le cordon fut maintenu sur le côté de l'incision, pendant que j'aggrandis l'anneau intérieur avec le manche du bistouri, et que je décollai le péritoine avec mon doigt, autant qu'il me fut permis, pour reconnaître l'artère, qui en était couverte. Il était étroitement uni à plusieurs petites glandes, dont j'enlevai la plus grosse. Ayant isolé l'artère, je passai un directeur au-dessous d'elle, et les personnes présentes s'assurèrent que c'était réellement ce vaisseau seul que j'avais soulevé. J'engageai un stylet garni d'une ligature le long de sa cannelure, et je liai l'artère : les battemens cessèrent aussitôt dans la tumeur. Les bords de la plaie furent rapprochés par une suture. Deux petites artères donnèrent du sang pendant l'opération; mais la quantité de ce liquide qui s'écoula ne méritait aucune attention.

Une heure après l'opération, le malade se trouva tranquille. Le pouls était mou et battait quatre-vingt-dix fois. La chaleur des deux membres était égale, et un peu au-dessous de la température na-

de l'iléon et la symphyse du pubis. L'artère épigastrique marche précisément le long du

---

turelle. A quatre heures, il y avait une grande diminution de chaleur dans le membre, et le pied et les orteils furent trouvés tout-à-fait froids. Le malade avait du malaise et se plaignait d'un grand engourdissement. Des flanelles chaudes furent appliquées, et l'on fit de douces frictions; on plaça des bouteilles remplies d'eau chaude sur les plantes des pieds et le long de la jambe. A sept heures, l'anxiété s'accrut, et la douleur devenait excessive avec une sensation de refroidissement; il était agité et très-inquiet; plusieurs taches furent aperçues vers le gras de la jambe. Pendant la nuit, le pouls fut bon et varia entre quatre-vingts et quatre-vingt-dix pulsations; parfois, il présenta des intermittences. Le malade était irritable et avait l'air inquiet; il se plaignait de douleurs très-vives et même de sensations de froid et d'immobilité du membre; du reste, il était assez bien. Deux potions calmantes furent administrées, mais il y eut peu ou point de sommeil; vers le matin, il se trouva lui-même plus libre. La chaleur du membre était entretenue pendant toute la nuit; mais dès qu'on cessa les applications dont on se servait dans ce dessein, la température baissa.

Pendant la journée du 29, l'anxiété et le malaise augmentèrent et furent accompagnés de douleur et d'engourdissement; les taches gangreneuses s'élargirent; la peau était douce, le pouls plein et dur; jamais il n'excéda cent pulsations; la langue était blanche et humide. Deux doses d'huile de castoréum furent administrées, mais sans produire aucun effet sur les intestins. Le membre fut enveloppé de flanelles, et des hommes furent placés près du lit pour mettre leurs mains sur la jambe et sur le pied. On continua aussi l'usage des vessies pleines de liquide chaud. Pendant la nuit, il dormit bien, mais il se plaignit d'une douleur excessive chaque fois qu'il s'éveillait.

Le 30, la plaie de l'opération fut pansée, et elle parut irritée; le pouls était plein et très-dur, la langue blanche et humide, la peau chaude. Il se trouvait lui-même un peu mieux, mais il était inquiet, et il se plaignait de perte de sensibilité. Le thermomètre, appliqué à la jambe, s'éleva à 80°. Quelques doses de sel neutre furent admi-

bord interne de cette ouverture, au-dessous de laquelle on trouve l'artère iliaque externe.

---

nistrées toutes les trois heures, et seize onces de sang furent tirées par l'application des ventouses. Le malade parut soulagé par cette émission sanguine ; mais il se plaignait de douleurs au-dessous du genou. Deux taches gangreneuses parurent vers la cheville ; il y eut des selles naturelles le soir, et il dormit peu pendant la nuit ; sa douleur était intense, et il resta dans une grande agitation ; il transpira assez facilement.

Vers le matin du 31, le pouls s'éleva ; il était plein et dur. Le malade éprouvait des douleurs dans le ventre qui augmentaient par la pression ; la plaie était très-enflammée : on tira douze onces de sang par les ventouses. Le ventre fut tenu libre, et l'on appliqua des cataplasmes sur la plaie. Le malade parut soulagé et mieux que jamais depuis l'opération. Cependant le membre exhalait une odeur de cadavre. La nuit suivante, le pouls étant toujours dur, et le malade ressentant de la douleur au ventre, huit onces de sang furent encore tirées. La cuisse était d'une teinte terne ; il n'y avait point d'augmentation de la chaleur naturelle ou de diminution de la sensation de stupeur ou de l'agitation générale. Il passa la nuit dans une grande anxiété, et le lendemain matin, le membre, à quelques pouces au-dessous du genou, était livide et offrait des phlyctènes en plusieurs endroits. L'opéré prit un peu de vin pendant le jour ; mais ses forces baissèrent successivement, et il mourut à quatre heures après midi, le 1er septembre.

Dissection. En ouvrant l'abdomen à la manière accoutumée, on trouva une couleur rouge générale aux intestins. Le péritoine avait sa transparence naturelle, et le cœcum y adhérait vers le muscle iliaque. La ligature était placée sur l'artère, près du ligament de Poupart, à un pouce de l'origine de l'artère circonflexe et à un quart de pouce de la naissance de l'épigastrique. Il existait un léger espace entre l'artère fémorale et la veine et le côté de la tumeur, à un pouce et demi environ de l'origine de la profonde, les enveloppes supérieures de l'anevrisme étaient formées par la gaîne des vaisseaux et par le fascia de la cuisse. L'artère profonde n'était en aucune

Si l'on passe le doigt sous le cordon des vaisseaux spermatiques, et dans cette ouverture

---

— M. Smith Soden, en 1816, pour une tumeur anévrismale à l'aîne. Son opération a réussi (*a*).

manière épaissie ou dilatée. La totalité du membre se trouvait dans un état de gangrène *.

(*a*) Thomas Gater, homme robuste et actif, âgé de cinquante-six ans, fut admis à l'hôpital le 20 avril 1816. Sa profession de forgeron exigeait parfois beaucoup d'efforts, et son séjour dans la forge l'exposait à des changemens soudains de température. Au mois d'octobre dernier, en fixant une couverture en fer sur un large four, il se tordit le genou droit et par suite de cette foulure, il fut boiteux pendant une semaine. Depuis cet accident, il éprouvait des douleurs fréquentes à l'aîne droite; mais il n'y faisait pas beaucoup d'attention, parce qu'il les attribuait à un rhumatisme. Vers la fin de janvier, il éprouva tout-à-coup une légère atteinte de paralysie. Il avait de la difficulté à s'exprimer et il ne pouvait pas écrire correctement ce qu'il desirait. Il garda le lit pendant une semaine; mais il se rétablit au moyen d'une saignée, de purgatifs et de la diète. Pendant cet espace de temps, il eut des douleurs très-aiguës dans la cuisse et dans l'aîne du côté droit, différentes de la douleur qu'il avait éprouvée auparavant, et il s'aperçut alors d'une tumeur pulsative à l'aîne, ayant le volume d'un œuf de pigeon. Il reprit ses travaux, mais en boitant, et il ressentit des douleurs constantes dans la tumeur, qui augmenta graduellement de volume. Vers le milieu de mars, après un exercice violent, tout le membre se tuméfia, la tumeur s'accrut considérablement, et ses pulsations devinrent si violentes, que le malade croyait que tout son corps en était soulevé. Dès-lors l'affection fit des progrès aussi rapides qu'alarmans.

* *History of a case femoral artery for which the operation of tying the external iliac artery was perfomed.* (Voyez *Medico-Chirurgical Transactions*, vol. VII, part. I, pag. 136. *London*, 1816.)

du fascia qui borne le muscle transverse, on le mettra en contact immédiat avec l'artère

---

La cuisse et la jambe avaient le double de leur volume ordinaire ; la tumeur était extrêmement douloureuse, et elle s'avançait au-dessus du gonflement général du membre sous la forme d'un gros citron. Elle dépassait supérieurement le ligament de Poupart, et s'étendait, dans une longueur de trois pouces, vers la partie inférieure de la cuisse. On pouvait la vider par la pression ; mais elle se distendait de nouveau immédiatement après que la pression avait cessé. La nature de la maladie parut évidente, tant par le toucher que par la vue.

Je prescrivis la saignée, le repos et un apéritif, et j'engageai à ne pas différer trop long-temps l'opération. Le malade y consentit, et en conséquence, le 22 avril, à onze heures du matin, je fis la ligature de l'artère iliaque externe, d'après le procédé recommandé par M. Abernethy, si ce n'est que je ne me servis que d'une seule ligature de soie très-mince. La pulsation dans la tumeur cessa immédiatement après que la ligature eut été liée, et aussitôt que le malade fut dans son lit, il s'écria : Monsieur, ma douleur est passée, je me trouve assez bien.

La journée et la nuit suivante furent bonnes ; mais le lendemain 23, il survint des symptômes d'une inflammation du péritoine, et il fut nécessaire de recourir à la saignée. Le 25, il n'avait plus de fièvre, et tous les symptômes fâcheux se dissipèrent successivement.

La chaleur du membre malade, deux heures après l'opération, avait trois degrés de plus que celle du membre sain. Le lendemain, la température était la même des deux côtés. Le 25, le membre affecté était d'un degré plus froid que l'autre, et ce fut la plus grande différence qu'on observa dans la température des membres pendant tout le reste de la guérison.

La ligature se détacha le 8 mai. La partie supérieure de la plaie fut guérie au bout d'un mois ; mais à la partie inférieure, une petite portion large comme une pièce de six sous fut longue à se fermer, et ne se cicatrisa complètement que sept semaines après l'opération.

Le contenu de la tumeur fut absorbé ; le gonflement du membre

qui s'étend sur le côté externe de la veine iliaque. L'artère et la veine sont unies ensemble par un tissu cellulaire dense que l'on doit diviser, pour permettre à l'opérateur de placer une ligature autour de la première, au moyen d'une aiguille à anévrismes.

L'opération est exécutée de cette manière en dérangeant le moins possible le péritoine, et l'on applique la ligature à la partie la plus superficielle de l'artère iliaque externe. M. Astley Cooper a employé ce mode opératoire dans six cas : la bienveillance qu'il a

---

— M. J. Cole, chirurgien à l'état-major des armées anglaises, le 2 août 1817, à Cambrai, sur un soldat de sa nation, pour une tumeur anévrismale dans l'aîne. Environ un mois et demi après cette opération, le membre avait recouvré en entier sa force et ses facultés ; la plaie était cicatrisée, et la santé du malade n'avait éprouvé aucun dérangement (*a*).

disparut. Un mois après l'opération, le membre était revenu à son volume naturel. Aucune tumeur ne paraissait à sa surface ; mais on sentait à l'aîne et à la partie supérieure de la cuisse, une dureté de la grosseur d'une noisette. Cette dureté diminua graduellement, et le malade fut guéri le 15 juin *.

(*Note du traducteur.*)

(*a*) *Voyez* le rapport des travaux de la Société d'émulation de la ville de Cambrai, séance publique de 1817. Cambrai 1817. *Exposé d'un anévrisme inguinal guéri par la ligature de l'artère iliaque externe*, etc.

* Voyez *Medico-Chirurgical Transactions*.

pour moi m'a mis à même d'être témoin de quelques-unes de ces opérations, et j'ai pu remarquer la facilité avec laquelle on découvrait et on liait l'artère par la méthode que je viens de décrire. Ce mode opératoire est toutefois impraticable quand la tumeur est volumineuse et qu'elle s'étend sur le ligament de Poupart. Il offre aussi quelque danger de lier le vaisseau immédiatement au-dessous de l'origine des artères épigastrique ou circonflexe iliaque, surtout si ces vaisseaux naissent plus haut qu'à l'ordinaire, et cette circonstance peut devenir une cause d'hémorragie secondaire. Lorsqu'on adopte ce mode opératoire, on aura donc soin d'appliquer la ligature aussi haut que l'espace pourra le permettre, ou même de diviser quelque peu les muscles et le fascia pour mettre l'opérateur en état de lier avec certitude l'artère à une distance convenable de l'origine de ces vaisseaux.

SECTION IX.

Des Anévrismes des artères fessière et ischiatique.

Les anévrismes de l'artère fessière ont été généralement regardés comme incurables, et le seul cas connu où la guérison de cette maladie ait été obtenue par une opération chirurgicale est rapporté par M. John Bell. M. Bell ouvrit un anévrisme énorme provenant d'une plaie de l'artère iliaque postérieure, et lia le vaisseau divisé. Le sac suppura, le sacrum et l'iléon s'exfolièrent, mais le malade ne finit pas moins par se rétablir (1).

Le danger qui suit l'ouverture de la cavité d'un anévrisme dans un endroit où il est impossible d'arrêter l'écoulement du sang par la compression de l'artère au-dessus de la tumeur, a détourné les chirurgiens de répéter l'opération de M. Bell.

Le docteur Stevens, de l'île de Sainte-Croix, a communiqué à la Société médicale

---

(1) *Principles of Surgery*, vol. 1, p. 421.

et chirurgicale de Londres l'histoire d'un anévrisme de l'artère fessière guéri par la ligature de l'artère iliaque interne (1). Je suis redevable au docteur Stevens de l'extrait suivant de ce cas important.

Maila, négresse, fut importée comme esclave aux Indes occidentales en 1790. Je la vis, pour la première fois, au commencement de décembre 1812. Elle portait alors à la hanche gauche, immédiatement sur l'échancrure sciatique, une tumeur qui présentait de fortes pulsations. Elle offrait presque le volume d'une tête d'enfant. La malade ne pouvait assigner aucune cause à son affection, qui avait commencé neuf mois avant que je la visse, et qui, graduellement, était parvenue, avec une douleur légère, jusqu'au volume qu'elle avait alors. Elle était très-affaiblie, souffrait beaucoup, et était décidée à se soumettre à l'opération qu'on lui proposerait.

Je consultai les docteurs Lang et Van-Brackle sur ce cas, et je leur proposai la ligature de l'artère iliaque interne, à laquelle ils consentirent : en conséquence, le 27 décembre 1812, je procédai à cette opération

(1) *Medico-Chirurgical Transactions*, vol. V.

de la manière suivante, en présence des docteurs Lang et Van-Brackle, de M. Nelthropp et de M. Ford, intendant de la plantation à laquelle cette femme appartenait.

Une incision d'environ cinq pouces de longueur fut faite sur le côté gauche de la partie inférieure et latérale de l'abdomen, parallèlement au trajet de l'artère épigastrique, et à près d'un demi-pouce du côté externe de ce vaisseau. La peau, le fascia superficiel, et les trois muscles abdominaux furent successivement divisés; le péritoine fut séparé de ses adhérences lâches avec les muscles iliaque interne et grand psoas, et ensuite repoussé à l'intérieur dans la direction de l'épine antérieure et supérieure de l'iléon, à la division de l'artère iliaque commune. Dans la cavité que je venais de faire, dit M. Stevens, je distinguai l'artère iliaque interne, et ayant insinué derrière elle l'extrémité de mon doigt, je la comprimai entre mon indicateur et mon pouce. Le docteur Lang toucha en même temps l'anévrisme et observa que la pulsation y avait cessé, et qu'il était diminué. J'examinai le vaisseau dans le bassin, avec mon doigt : trouvant qu'il était sain, je le détachai avec précaution des parties environnantes. Je passai en-

suite une seule ligature sous l'artère avec une petite aiguille mousse, et je la liai à un demi-pouce environ de son origine.

La tumeur disparut presque immédiatement après l'opération, et la plaie marcha favorablement. Vers la fin de la troisième semaine, la ligature se détacha, et au bout de six semaines, la malade était parfaitement guérie. Sur le point de quitter les Indes occidentales, au mois de mai 1814, plus de dix-sept mois après l'opération, je fis appeler cette femme et la trouvai en parfaite santé.

J'ai plusieurs fois répété cette opération sur le cadavre, et je n'ai rencontré aucune difficulté à faire la ligature de l'artère iliaque interne, selon la méthode du docteur Stévens. Le milieu de l'incision des tégumens et des muscles abdominaux correspondra presque vis-à-vis de l'épine antérieure et supérieure de l'iléon; le péritoine sera ensuite séparé des muscles iliaque et psoas, et l'artère iliaque externe suivie jusqu'à son origine de l'iliaque commune. Là se trouvera l'iliaque interne, sous laquelle on fera passer une ligature; au moyen d'une aiguille ordinaire à anévrisme. Les nombreuses communications qui existent entre les branches de l'iliaque interne et les artères fémorales et

lombaire fourniront une quantité suffisante de sang après l'oblitération du premier de ces vaisseaux ; ainsi les parties qu'il est appelé à nourrir, dans l'état naturel des choses, n'en souffriront en aucune manière.

SECTION X.

Des Anévrismes des artères fémorale, poplitée et tibiale.

Dans une des sections précédentes, j'ai décrit les canaux par lesquels le sang est conduit dans le membre, après l'oblitération de l'artère fémorale au-dessus de l'origine de la profonde : j'ai maintenant à considérer la manière dont cela a lieu quand l'oblitération de l'artère fémorale est située au-dessous de l'origine de la profonde.

On s'imaginait anciennement que l'artère fémorale se divisait quelquefois, près de l'aîne, en deux troncs qui nourrissaient la jambe, et que cette division était semblable à celle qui a lieu, dans certains cas, près de l'aisselle, pour l'artère brachiale, qui se sépare là en artères radiale et cubitale ; on croyait également que cette conformation particulière existait,

chez tous ceux qui présentaient encore une circulation du membre, après l'oblitération de l'artère fémorale. Heister (1) et Gooch (2) paraissent avoir eu cette opinion, quoique des anatomistes, avant eux, eussent décrit avec soin l'origine de la crurale profonde et démontré ses anastomoses avec les branches de l'artère poplitée. Tout le monde sait maintenant que les anastomoses entre les branches descendantes ou perforantes de la profonde et les artères articulaires du genou sont les canaux par lesquels la circulation se continue, après l'oblitération de l'artère fémorale immédiatement au-dessous de l'origine de la profonde. Ces communications sont si larges et si nombreuses qu'il est facile de les démontrer par l'injection et la dissection d'un membre sain.

Quand l'artère fémorale est oblitérée à l'endroit où elle traverse le tendon du muscle adducteur, non-seulement les communications entre les branches de la profonde et les artères articulaires du genou livrent passage au sang pour se rendre dans les troncs infé-

---

(1) *Voyez* HALLER, *Disputationes chirurgicæ*, t. V, p. 141 et 149.

(2) Transactions philosophiques, vol. LXV, p. 378.

rieurs du membre, mais en outre les branches musculaires qui naissent de l'artère fémorale, entre la partie oblitérée et l'origine de la profonde, contribuent, par leurs anastomoses avec les artères articulaires, à l'entretien de la circulation. Si l'on fait la ligature de l'artère fémorale près du tendon du muscle adducteur, l'oblitération s'étend quelquefois depuis l'endroit où la ligature est appliquée jusqu'à l'origine de la profonde (1) : mais cela n'a pas lieu constamment, puisqu'on voit, dans quelques cas, la circulation se continuer à travers les branches musculaires qui naissent de l'artère fémorale, au-dessous de l'origine de la profonde, et conséquemment l'artère principale et ses branches rester perméables jusqu'à l'endroit oblitéré par l'action directe de la ligature. Dans un cas où M. Deschamps pratiqua l'opération moderne pour un anévrisme poplité, l'artère fémorale, à l'endroit où la ligature avait été appliquée, c'est-à-dire à la partie moyenne de la cuisse, était oblitérée dans une étendue

---

(1) Tel était le cas pour lequel Hunter pratiqua la première fois l'opération moderne. (Voyez *Transactions of a Society for the improvement of medical and chirurgical knowledge*, vol. 1, p. 153.)

de deux pouces et demi ; immédiatement au-dessus de cette portion de l'artère fémorale naissait une branche d'anastomose qui avait empêché l'oblitération de s'étendre jusqu'à l'origine de la crurale profonde (1). J'apprends que M. Georges Bell d'Edimbourg possède une préparation anatomique dans laquelle l'artère fémorale a été liée pour un anévrisme poplité, et dans laquelle cependant l'oblitération de l'artère ne s'étend pas jusqu'à l'origine de la crurale profonde....

Quand une portion de l'artère poplitée est oblitérée depuis long-temps, à la suite d'une opération de l'anévrisme de ce vaisseau, la circulation se continue par les anastomoses des artères articulaires supérieures avec les articulaires inférieures et les artères tibiales récurrentes. M. Pelletan injecta et disséqua un membre un an après la ligature de l'artère poplitée. Le tronc était oblitéré depuis l'articulaire supérieure jusqu'au commencement des artères tibiales. L'articulaire supérieure se trouvait dilatée d'une manière remarquable et commu-

(1) Mémoires présentés à l'Institut des Sciences, etc., tome 1, page 251, an 1805. (*Voyez* aussi les notes que M. Wishart a placées à la fin de sa traduction du Traité de l'anévrisme de Scarpa, page 465.

niquait, par plusieurs larges anastomoses, avec les branches récurrentes des artères tibiales (1).

Lorsque l'oblitération de l'artère poplitée renferme les origines des artères articulaires supérieures, ces dernières constituent une série intermédiaire de vaisseaux d'anastomoses par lesquels le sang est transmis des branches de la crurale profonde et des branches musculaires de l'artère fémorale dans les articulaires inférieures et les branches récurrentes des artères tibiales. Desault disséqua un membre dans lequel un anévrisme de la partie supérieure de l'artère poplitée s'était guéri spontanément, et en comprenant dans son oblitération les artères articulaires supérieures. L'injection avait passé par les branches d'anastomoses dans les articulaires supérieures, d'où elle avait été transmise dans les articulaires inférieures et la récurrente tibiale, et par celles-ci dans les artères poplitée et tibiale, au-dessous de la portion oblitérée du tronc principal (2).

Quand la totalité de l'artère poplitée est oblitérée de manière à comprendre les origines tant des articulaires supérieures que des

---

(1) Clinique chirurgicale, t. I, p. 127.

(2) Journal de Médecine de Paris, t. LXXI, p. 430.

articulaires inférieures, le sang est transmis dans la jambe par un cercle bien autrement étendu de vaisseaux d'anastomoses. Dans des circonstances semblables, le sang qui pénètre dans les branches articulaires supérieures passe dans les articulaires inférieures; mais au lieu d'être versé par ces dernières dans l'artère poplitée, il se rend dans les branches récurrentes des artères tibiales, et parcoure de la sorte plusieurs séries de vaisseaux d'anastomoses avant d'arriver aux troncs de la jambe. M. Astley Cooper injecta et disséqua un membre sept ans après la ligature de l'artère fémorale pour la guerison d'un anévrisme poplité. Cette artère était convertie en un cordon solide, depuis l'origine de la profonde jusqu'au commencement des artères tibiales. Les muscles de la cuisse, qui reçoivent ordinairement du sang de l'artère fémorale, tels que le couturier, le muscle droit, et les muscles vastes externe et interne, étaient nourris par les branches de la profonde, et les artères articulaires, quoiqu'elles fussent encore en état de recevoir du sang, n'en tiraient pas de l'artère poplitée, mais bien de leurs communications avec les branches de la crurale profonde. Les anastomoses entre les artères articulaires supérieures et inférieures formaient un plexus

de vaisseaux au jarret qui recevait du sang des branches de la profonde, et qui le transportait dans les branches récurrentes de la tibiale et dans les artères qui nourrissent les muscles gastrocnémiens (1).

L'opération pour les anévrismes des artères fémorale ou poplitée consistait simplement à ouvrir le sac et à lier, dans cet endroit, les deux extrémités de l'artère, lorsqu'en 1785, Hunter démontra la possibilité de guérir ces maladies en faisant la ligature de l'artère à une certaine distance de la tumeur. Dans une des sections précédentes de cet ouvrage, j'ai rapporté l'histoire et expliqué les avantages importans de cette découverte, relativement au traitement chirurgical de l'anévrisme. J'ai aussi fait mention d'une particularité de la circulation collatérale qui existe quelquefois après la guérison de l'anévrisme poplité, par la ligature de l'artère fémorale à une certaine distance de la tumeur. Maintenant, je n'ai plus qu'à considérer les diverses méthodes employées dans l'opération de la ligature de l'artère fémorale.

Hunter procédait à la ligature de l'ar-

(1) *Medico-Chirurgical Transactions*, vol. II, p. 25, pl. VII.

tère fémorale, pour la guérison d'un anévrisme poplité, en faisant une incision sur le côté antérieur et interne de la cuisse et un peu au-dessous de sa partie moyenne. Cette incision se prolongeait obliquement sur le bord interne du muscle couturier, que l'on écartait, et on liait l'artère fémorale près de l'endroit où elle passe à travers le tendon du muscle adducteur (1). Dans cet endroit, l'artère marche à une certaine distance de la surface du membre, et ce n'est qu'avec peine que l'opérateur peut la découvrir assez pour passer une ligature au-dessous d'elle. Le déplacement du muscle couturier et la profondeur de la plaie pouvaient aussi donner lieu à la formation de sinus. Depuis Hunter, la plupart des opérateurs ont en conséquence préféré de lier l'artère à la partie supérieure de la cuisse, un peu au-dessous de l'origine de la crurale profonde, endroit où le vaisseau est plus superficiel et où ses membranes sont moins sujettes à ces altérations morbides qui existent presque constamment dans le voisinage des anévrismes. Lorsqu'une artère est liée près d'un anévrisme, l'inflammation excitée par

(1) *Transactions of a Society for the improvement of medical and chirurgical knowledge*, vol. 1, p. 148.

l'opération s'étend quelquefois au sac et donne lieu aux conséquences les plus fâcheuses. Cette disposition est un motif de plus pour pratiquer l'opération à une certaine distance de la maladie, et les canaux principaux par lesquels la circulation se continue sont les mêmes, quelle que soit la portion de l'artère fémorale qui soit liée au-dessous de l'origine de la profonde.

La partie du membre où l'artère peut être liée avec la plus grande facilité est à quatre ou cinq pouces du ligament de Poupart. La crurale profonde naît, en général, de l'artère fémorale, à un pouce et demi ou un pouce trois quarts au-dessous du ligament de Poupart; elle naît rarement à deux pouces de ce ligament. Si donc on applique la ligature à l'artère fémorale, à la distance de quatre ou cinq pouces du ligament de Poupart, le chirurgien ne craindra pas de rencontrer la crurale profonde pendant l'opération. En outre, on obviera par là au danger de l'hémorragie secondaire qui peut survenir lorsqu'on a lié l'artère principale près de l'origine de ce vaisseau.

Quelques opérateurs aiment mieux faire l'incision sur le côté externe du muscle couturier, et découvrir l'artère en soulevant ce

muscle et en le repoussant en dedans. Les autres font l'incision sur le côté interne du muscle couturier, et lient l'artère à l'endroit où elle se croise avec le muscle. Les premiers allèguent en faveur de leur mode opératoire le danger de blesser la veine saphène ou les troncs lymphatiques qui marchent dans cette direction, en faisant l'incision sur le côté interne du muscle couturier (1). On peut éviter la lésion de la veine saphène en pratiquant l'incision sur le couturier, de manière à découvrir ses fibres sur son bord interne. En tirant un peu en dehors le bord de ce muscle, on verra le trajet de l'artère. Les chirurgiens anglais les plus expérimentés m'ont assuré qu'ils n'avaient jamais été témoins d'aucun accident fâcheux, après cette opération, que l'on pût attribuer à la division des lymphatiques, et dans plusieurs faits que j'ai été à même d'observer, je n'ai jamais vu résulter d'inconvéniens de cette circonstance. Il me semble que l'opération est accomplie avec

---

(1) Voyez *A letter addressed to the commissioners for transports, on the operation for popliteal aneurism, by Hutchison, M. D.*; c'est-à-dire, Lettre adressée aux commissionnaires des transports sur l'opération de l'anévrisme poplité, par Hutchison, etc.

moins de dérangement pour les parties qui recouvrent l'artère, quand on fait l'incision sur le bord interne du muscle couturier, et que conséquemment la formation des sinus est moins à redouter alors que si l'on découvrait l'artère en soulevant ce muscle.

Voici la manière dont cette opération peut être pratiquée :

Le malade étant placé dans une position horizontale, l'opérateur observe le trajet du muscle couturier, qui sera rendu plus apparent en faisant tourner le genou un peu en dedans. Il pratiquera alors une incision sur les tégumens, le long du bord interne du muscle couturier, et la commencera à deux pouces et demi du ligament de Poupart. Cette incision sera prolongée inférieurement dans une étendue de trois à quatre pouces, et toujours en suivant les fibres qui forment le bord interne du muscle couturier. Ce muscle sera ensuite porté un peu en dehors, et l'opérateur cherchera avec son doigt, introduit dans le fond de la plaie, les pulsations de l'artère qui marche au-dessous du fascia-lata. On divisera l'aponévrose dans l'étendue d'environ un pouce, à l'endroit où l'artère passe sous le muscle couturier. L'artère, sous le fascia-lata, n'est environnée que

par sa gaîne cellulaire propre; la veine fémorale est située immédiatement sous l'artère; les branches du nerf crural antérieur se trouvent sur le côté externe de l'artère, plus près du fémur, et sont séparées de l'artère par un tissu cellulaire dense : quelquefois un petit nerf passe immédiatement sur l'artère, au-dessous de son fascia. La tunique de l'artère étant à nu, on passe la ligature autour d'elle, avec une aiguille ordinaire à anévrismes, dont on maintient la pointe exactement en contact avec l'artère, pour éviter de comprendre avec elle la veine fémorale ou les branches du nerf crural antérieur. La ligature étant serrée, on rapprochera seulement les bords de la plaie avec des bandelettes d'emplâtre agglutinatif (1).

---

(1) La plupart des praticiens anglais ne placent qu'une seule ligature pour les opérations d'anévrismes. D'après les observations rapportées dans cet ouvrage, on a pu voir que cette méthode était généralement adoptée en Angleterre, et qu'aucun inconvénient n'y était attaché. Dans ces derniers temps, on a cherché à donner à la ligature le moins de volume possible, et on l'a choisie d'une substance animale, pour qu'elle pût être absorbée par un travail particulier, et qu'elle ne s'opposât point à la réunion primitive de la plaie.

M. Lawrence a proposé de se servir d'un fil de soie;

Quand un anévrisme provient de l'une ou de l'autre des artères tibiales, près de l'origine

---

et avant lui, Jones, d'après les expériences qu'il avait entreprises, était parvenu à faire bannir l'usage des fils larges et épais, des rubans et des ligatures d'attente. La méthode adoptée par M. Lawrence consiste à lier les vaisseaux avec des fils de soie, et à en couper les bouts aussi près que possible du nœud. Ainsi le corps étranger est réduit à la quantité qui forme l'anse par laquelle le vaisseau est embrassé, et le nœud qui l'assujettit. La portion de soie qu'il emploie ordinairement pour lier une grosse artère pèse entre un cinquantième et un soixantième de grain, et celle de la plus légère un centième. Ces ligatures ne dérangent pas le travail de la cicatrisation, et l'on ne doit avoir aucune crainte que des corps aussi petits puissent exciter une irritation et des accidens consécutifs.

La soie employée dans ces circonstances est du cordonnet, que l'on connaît chez les marchands sous le nom de *soie des dentistes*, et dont on se sert pour faire des lignes à pêcher. Ce fil suffit pour atteindre le but qu'on se propose, et l'on peut avec lui serrer le vaisseau de manière à diviser les membranes interne et moyenne des artères. Cette soie est rendue très-dense à l'aide d'une gomme qu'on lui applique en la fabriquant, et qu'on peut lui enlever en la faisant bouillir dans de l'eau de savon. Cette ébullition altère sa texture, l'allonge et la rend moins résistante. Ce cordonnet de soie le plus fort est très-petit comparativement aux ligatures faites de ruban ou de fils cirés. La quantité de cordonnet de soie employée par M. Lawrence pour la ligature de l'artère

de ces vaisseaux, on peut en obtenir la guérison par la ligature de l'artère fémorale, à la

---

iliaque pèse un vingtième de grain, et si l'on a enlevé sa gomme, il n'a plus qu'un vingt-sixième de grain.

L'usage des grosses ligatures et des rubans dont on laisse les extrémités entre les lèvres de la plaie, entretiennent celle-ci, s'opposent à sa réunion par première intention, et prolongent ainsi la durée de la maladie ou des suites de l'opération. Nous savons en effet que ces ligatures ne tombent presque jamais avant le dixième jour, et que souvent elles tiennent encore au vaisseau après trois ou quatre semaines.

On me demandera ce que deviennent ces petites ligatures que je veux faire laisser au milieu de nos tissus : se séparent-elles avec la matière de la suppuration, ou restent-elles où on les a placées? et dans ce dernier cas, leur présence est-elle sans inconvénient? sont-elles environnées par un kyste contenant un peu de matière, ainsi qu'on le voit pour quelques corps étrangers introduits dans nos tissus, et surtout pour quelques projectiles lancés par l'explosion de la poudre à canon, comme des balles, des plombs, etc., ou bien excitent-elles une inflammation éliminatoire? Du pus se forme-t-il? tend-il à gagner la périphérie du corps, et à entraîner avec lui les ligatures?

Lorsque les ligatures sont très-petites, la lymphe coagulable, qui est sécrétée pour opérer la cicatrisation, enveloppe l'anse de soie, et bientôt un petit kyste est formé. L'inflammation éliminatoire et la suppuration n'arrivent que lorsque la plaie a été trop irritée pendant

partie supérieure de la cuisse. J'ai vu trois fois des anévrismes situés au-dessous de la partie

---

l'opération, ou lorsqu'on s'est servi de ligatures d'un trop grand volume.

M. le professeur Dupuytren, dans plusieurs cas d'amputation de sein cancéreux, a obtenu la réunion immédiate de la plaie; au bout de peu de temps, des abcès se sont formés, et en les ouvrant on a vu les anses et les nœuds des ligatures sortir avec le pus dont ils avaient sans doute déterminé la formation. M. Guthrie, chirurgien militaire, a dit, dans son ouvrage sur les plaies d'armes à feu et les amputations qu'elles nécessitent, que la pratique de couper les extrémités des ligatures très-près des nœuds avait été adoptée par beaucoup de chirurgiens d'armée, et que plusieurs avaient observé que la plaie se guérissait promptement, mais que les nœuds des ligatures étaient évacués consécutivement avec le pus de petits abcès. On doit peut-être attribuer ces accidens à la nature et au volume des ligatures qui ont été employées, car si l'on se fût servi de petits fils de soie, ces abcès ne se seraient probablement point formés. M. Lawrence dit avoir constamment employé cette méthode, et il résulte de sa propre expérience que, par ce moyen, on diminue l'irritation et l'inflammation, et qu'en simplifiant ainsi le procédé curatif, on favorise d'une manière très-marquée le rétablissement des forces du malade. Le praticien anglais que je viens de citer assure qu'il ne connaît aucun exemple d'effets fâcheux produits par cette manière de faire la ligature. En général, les petits nœuds de soie se séparent promptement, et sortent avec la matière de la suppura-

supérieure du gras de la jambe, être guéris par la ligature de l'artère fémorale, prati-

---

tion si la plaie n'est pas réunie immédiatement. Lorsque les tégumens ont été réunis par première intention, la ligature se détache un peu plus tard, mais avec peu de suppuration et aucune inflammation douloureuse, et dans quelques cas, ils restent tranquillement dans la partie.

M. Lawrence croit que cette méthode peut être surtout suivie d'avantages particuliers dans les hôpitaux militaires, dans lesquels la pourriture d'hôpital existe ou peut survenir. En effet, dit-il, toute mesure tendant à accélérer la réunion des plaies après les opérations ou dans d'autres circonstances, est d'une haute importance pour détourner la probabilité de toute complication fâcheuse.

M. Carwardine de Thaxted a fait la ligature de l'artère fémorale dans un cas d'anévrisme de l'artère poplitée, avec une petite ligature de soie, et en a coupé les bouts très-près du nœud. Le malade, James Newel, âgé de trente ans, sellier, attribuait son affection, qui durait depuis deux ans, à un effort violent et soudain. La plaie fut réunie par première intention sans la formation d'un atome de pus, et au bout de quelques mois la guérison était parfaite.

On a opéré un anévrisme poplité à l'hôpital de Saint-Barthélemy, le 29 mars 1817, sur un homme de trente-trois ans, en faisant la ligature de l'artère avec un seul petit fil de soie, dont l'opérateur a coupé les extrémités très-près du nœud. La tumeur était volumineuse, et située à la partie interne et inférieure de la cuisse, préci-

quée de la manière que je viens de décrire. D'après la situation des tumeurs, on ne pou-

---

sément dans le lieu où l'artère traverse le muscle troisième adducteur. Le malade affirmait que la tumeur s'était d'abord manifestée, sans aucune pulsation, à la partie postérieure du membre, vers le gras de la jambe, et s'était successivement avancée vers la partie antérieure, en commençant à offrir des pulsations. A l'exception des tégumens, la plaie se réunit par adhésion primitive.

Le rétablissement des forces du membre, ainsi que l'état excellent de la partie et de la santé générale, engagèrent M. Lawrence à permettre au malade de se lever et de faire quelques mouvemens au bout de huit jours, indulgence qui, généralement parlant, est pernicieuse à une période aussi peu avancée, après la ligature d'une grosse artère. Le malade quitta l'hôpital et retourna à ses occupations le 17 avril. La plaie continua à fournir une petite quantité de matière jusqu'à la fin de mai, que la ligature se sépara, et que la guérison fut complète.

Pendant l'opération, on découvrit par hasard que ce malade avait un autre anévrisme, précisément dans le même endroit de la cuisse du côté opposé. Cet anévrisme présentait de fortes pulsations, et était un peu plus petit qu'un œuf de poule. Le malade nous apprit qu'il existait depuis douze ans, et qu'il avait été aussi gros qu'une orange. Pendant le court séjour que ce malade fit à l'hôpital, la tumeur ne subit aucun changement.

La méthode de placer une seule ligature, d'en couper les bouts tout près du nœud et de réunir par-dessus, a d'abord été mise en pratique, sur le continent, par M. Hen-

vait guère douter qu'elles ne provinssent de l'origine de l'une des artères tibiales.

---

ning, chirurgien inspecteur des hôpitaux anglais, et elle lui fut suggérée par un aide d'hôpital, M. Hume, qui l'avait vue employer par un chirurgien de vaisseau sur les côtes de l'Amérique du nord. Elle a paru devenir particulièrement avantageuse dans les hôpitaux où règne la pourriture, et dans tous les cas où la réunion immédiate des parties divisées était ce qu'on desirait le plus ardemment.

M. Lawrence affirme n'avoir jamais entendu parler de mauvais effets qui eussent suivi l'emploi des ligatures coupées près du nœud, avant la publication de l'ouvrage de Guthrie. Il n'est jamais venu à sa connaissance que des fistules ou des ulcères fâcheux aient pu être attribués à cette méthode. Il croit devoir continuer à se servir de ce mode de ligature, et il y est encouragé par les résultats avantageux dont il a connaissance. Quand la guérison suit une marche favorable, il se manifeste une petite pustule ou un très-petit abcès sur la ligne de la cicatrice, qui s'ouvre bientôt après, et laisse sortir le petit cercle de fil qui étranglait l'artère. Il n'y a pas de doute que, dans certains cas, le morceau de fil ne puisse rester autour du vaisseau sans y causer aucun trouble, ainsi qu'on le voit souvent pour des balles de fusil ou tout autre corps étranger.

Pour placer cette ligature de soie, on doit, suivant M. Lawrence, découvrir l'artère, et passer la ligature autour d'elle avec aussi peu de violence que possible, car dénuder le vaisseau, passer le doigt, une canule ou une sonde sous lui, ou le prendre entre l'indicateur et le pouce, sont des pratiques condamnables.

Mais lorsqu'un anévrisme est situé à la partie inférieure de la jambe, il sera néces-

Après avoir disséqué l'artère, on fait une légère incision à sa gaîne celluleuse; ensuite on passe autour du vaisseau une ligature de soie, à l'aide d'une aiguille étroite à anévrisme, presque pointue à son extrémité, et aussi mince sur les bords qu'elle peut l'être sans couper. Une aiguille de cette forme s'ouvre facilement un chemin à travers le tissu cellulaire, et de la sorte le vaisseau n'en est détaché que dans le trajet de l'instrument. On emploie une ligature de soie mouillée, de moyenne grosseur, qu'on serre modérément. Dans ces circonstances, il est probable qu'elle restera d'une manière permanente sur le vaisseau. Dans tous les cas, l'ulcération et la suppuration de la tunique de l'artère n'arriveront pas aussi vite que lorsqu'on emploie une grande force pour retirer le nœud. Les bouts de la ligature étant coupés aussi près que possible du nœud, la plaie sera réunie comme une simple incision (*).

M. A. Cooper prétend qu'il serait plus convenable de se servir de cordes de boyau que de fils de soie. Il croit que des ligatures faites de la sorte doivent mieux atteindre le but qu'on se propose. Cependant il parle avec cette réserve qui est le propre d'un grand talent, et il regarde la question comme restant encore indécise. Suivant lui, la corde à violon, employée comme ligature, ayant plus de rapport avec la matière animale dans laquelle elle est enveloppée, sera plus facilement absorbée que la soie, ou

(*) *Further Observations on the ligature of arteries, etc., by W. Lawrence. Medico-Chirurgical Transactions*, tom. VIII, pag. 491, 1817.

saire de lier l'artère qui lui a donné naissance près de la tumeur. La circulation ré-

---

si elle n'est pas absorbée, elle sera moins propre que celle-ci à exciter de l'irritation dans la partie. Il regarde l'observation suivante comme devant paraître très-intéressante, parce que l'opération fut pratiquée sur une personne si avancée en âge, qu'elle laissait bien moins d'espoir de succès qu'on n'en a ordinairement.

Le 15 octobre 1817, William Heydon, âgé de quatre-vingts ans, d'une constitution débile, mais jouissant d'une bonne santé, ne travaillait plus d'une manière régulière depuis quelques années à cause de son grand âge, mais il avait l'habitude de prendre plus ou moins d'exercice en se promenant. Sa vie avait toujours été réglée. Trois mois auparavant, il s'aperçut d'une tumeur pulsative à la partie la plus inférieure du jarret, et qui n'offrait alors que le volume d'un œuf de poule. Il ne trouva aucune cause à laquelle il pût l'attribuer et n'y fit que peu d'attention. Néanmoins, au bout de quelques semaines, elle augmenta tellement de volume, et sa pulsation devint si forte, qu'il se détermina à la faire voir à un chirurgien, qui, trouvant que c'était un anévrisme, lui conseilla d'entrer dans un hôpital.

La tumeur paraissait alors plus grosse qu'un œuf de poule, compressible; les pulsations en étaient très-fortes et très-distinctes, et la peau conservait sa couleur naturelle. Le pouls, quoique lent et assez fort, était intermittent, et les battemens de la tumeur lui correspondaient d'une manière exacte. Le malade se plaignait parfois d'une douleur considérable dans la jambe, et quand cette dou-

currente, à travers les larges rameaux du pied, peut, dans quelques cas, être assez

---

leur était très-violente, cette partie se tuméfiait. Le mouvement de l'articulation était un peu gêné.

24 octobre. L'incision ordinaire pour l'anévrisme poplité fut pratiquée, et on appliqua autour de l'artère une seule ligature dont les extrémités furent coupées très-près. Les bords de la plaie furent rapprochés au moyen de l'emplâtre agglutinatif; la substance qui servit de ligature fut de la corde de boyau, préalablement ramollie dans de l'eau à la température de 100 degrés, th. de F. Les membranes de l'artère étaient très-relâchées, en sorte qu'il en résulta quelque difficulté pour l'embrasser avec la ligature.

A cinq heures et demie du soir, quatre heures environ après l'opération, le malade se plaignit d'une sensation de froid et de malaise dans le membre opéré. Sa température offrait 80 degrés, et celle du membre sain 84. Le pouls battait soixante-seize fois par minute, il était plein et très-irrégulier, mais il ne fut pas sans intermittence.

25 octobre. La nuit ne fut pas très-bonne; le matin, le malade allait passablement : le membre opéré conservait 84 degrés de température; celle du membre sain ne s'élevait qu'à 92; le pouls offrait soixante pulsations et des intermittences, mais très-rarement.

26 octobre. Le malade passa une bonne nuit et se trouvait mieux, quoiqu'il se plaignît encore parfois de douleurs violentes dans la jambe; la température du membre affecté était de 89 degrés; celle du membre sain de 92 : le pouls offrait une intermittence toutes les dix ou douze pulsations.

puissante pour déterminer l'accroissement d'un anévrisme développé sur une des artères

---

27. — Même état que la veille; température du membre affecté, 89 degrés; celle du membre sain, 87.

28. — La plaie fut pansée pour la première fois, et on la trouva complètement réunie; le pouls variait beaucoup dans ses intermittences; mais au total, elles étaient beaucoup moins fréquentes depuis qu'avant l'opération.

29. — Température du membre affecté, 89 degrés; du membre sain, 87.

30. — Température du membre affecté, 89 degrés; du membre sain, 93. La tumeur du jarret diminua considérablement et n'offrit aucun battement; on ne découvrit également aucune pulsation dans les artères tibiales antérieure ou postérieure, quoiqu'une libre circulation parût s'opérer dans les veines superficielles.

31. — Température du membre affecté, 90; du membre sain, 91.

1er novembre. Température des deux membres, 91 degrés.

7 novembre. Rien de nouveau : très-peu de variations dans la température du membre, ou dans l'état de la tumeur anévrismale, qui continuait graduellement à diminuer. La plaie restait parfaitement réunie et exempte d'irritation.

15 novembre. La tumeur continua à diminuer de volume et se trouva beaucoup plus molle : on ne découvrit aucune pulsation dans les artères tibiales antérieure ou postérieure; la santé générale du malade parut très-

tibiales, lorsque la ligature a été appliquée à une certaine distance de la tumeur : cela pro-

---

bonne, et il commença à se promener dans la salle avec une béquille.

24 novembre. Il allait de mieux en mieux; il n'y avait aucune apparence d'irritation causée par les ligatures; nulle pulsation dans les artères tibiales antérieure ou postérieure.

Trois semaines après l'opération, le malade marchait avec l'aide d'une béquille, et dans le cours de la première semaine, il ne se plaignit que du froid dans le pied de ce côté et d'une douleur légère au talon.

17 décembre. Sa santé paraissait parfaitement bonne; il marchait sans l'aide d'un bâton; la tumeur se trouvait réduite à un petit volume.

M. A Cooper avoue que la réussite de cette opération lui a causé beaucoup de plaisir; le grand âge du malade, la simplicité de la méthode opératoire, l'absence de l'irritation constitutionnelle et conséquemment du danger, et le rétablissement très-prompt du malade, lui font espérer que, par la suite, l'opération de l'anévrisme deviendra infiniment plus simple qu'elle ne l'a été jusqu'à présent.

On a peut-être attribué trop d'importance à la nature des ligatures; car, d'après mes recherches et mes expériences sur les animaux, je crois que c'est moins à la composition organique de ces liens qu'à leur forme, leur volume, leur nombre, la durée de leur séjour, la force de leur constriction qu'on devrait s'attacher.

J'ai employé des ligatures de lin, de soie, de cordes de boyau, de parchemin, de peau de chamois, etc., et leur séparation s'est faite à-peu-près à la même époque pour

viendra de ce que le sang qui pénètre dans le sac par l'extrémité inférieure du vaisseau

---

les unes comme pour les autres, lorsque des circonstances particulières n'influaient pas sur leur séjour, ou lorsque la ligature ne comprenait dans son anse que le vaisseau seulement. Dans l'observation suivante, on verra que la ligature, quoique composée de deux brins de fil de lin, a parfaitement atteint le but que se proposait l'opérateur, et que la guérison a été prompte, sans qu'on ait cherché à réunir la plaie par première intention.

L'opération a été faite par mon ami M. J. Aussandon, docteur en Médecine, auquel je servis de second, et en présence de M. le professeur Dupuytren, et de MM. les docteurs Biett, Manry et Rey.

Henry Brunlet, âgé de quarante-deux ans, charpentier, d'un tempérament sanguin et nerveux, d'un caractère irrascible, s'était livré avec excès aux plaisirs vénériens, et contracta, il y a vingt ans, une syphilis caractérisée par des chancres, un bubon, des pustules et une blennorrhagie. Il fut traité à trois époques différentes par les frictions mercurielles. Vers le commencement de cette année, il ressentit dans le jarret droit une douleur assez vive; la main ne put y reconnaître aucune grosseur; mais un mois après, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon existait dans ce point. Deux chirurgiens furent consultés, et la maladie fut reconnue par l'un d'eux, qui conseilla à Brunlet de se rendre à Paris pour se faire opérer. Il n'en fit rien, et continua de se livrer à ses travaux ordinaires. Pendant quatre mois et demi la tumeur n'augmenta pas sensiblement de volume, lorsque le malade fit un voyage de quel-

passe ensuite, en traversant le sac, dans les branches qui naissent de l'artère entre l'ané-

---

ques lieues pour affaires de son état. En voulant charger sur une voiture des pièces de bois d'une pesanteur considérable, et se trouvant mal secondé par les personnes qui se trouvaient avec lui, il fit de violens efforts et s'abandonna à un accès de colère. Dès cet instant, et dans l'espace de vingt-quatre heures, la tumeur acquit le volume d'un gros œuf de poule. Jusqu'à cette époque l'anévrisme, qui n'avait fait éprouver que des douleurs peu vives, en fit ressentir de très-violentes, et le malade se décida à se rendre à Paris pour se faire traiter. Il y arriva le 2 juillet 1818, et peu de jours après je le vis avec M. Aussandon : nous jugeâmes l'un et l'autre que la maladie était un anévrisme de l'artère poplitée, que l'opération était indispensable, et qu'il était urgent de la pratiquer, car la tumeur et les souffrances du malade allaient toujours en croissant. On prescrivit des boissons délayantes, et la veille de l'opération, M. Aussandon crut devoir pratiquer une saignée du bras.

Le 6 juillet, à sept heures du soir, l'opération fut faite de la manière suivante : le malade, placé sur un lit et couché sur le dos, dans une direction horizontale, l'opérateur fit une incision à la partie antérieure et interne de la cuisse, un peu au-dessus de la partie moyenne de sa hauteur, et dans la direction du bord interne du muscle couturier, qu'on porta légèrement en dehors. Une petite artère musculaire fut intéressée et liée immédiatement. L'artère fut mise à découvert à l'aide du bistouri et de la sonde cannelée. Après l'avoir convenablement isolée, on passa la sonde sous elle, et à l'aide d'un stylet en ai-

vrisme et le siége de la ligature. On doit donc chercher, dans tout anévrisme qui est dû à

---

guille, qu'on dirigea le long de la cannelure du premier instrument, une ligature fut placée autour de l'artère fémorale. La sonde et le stylet retirés, et prenant les bouts de la ligature d'une main, de l'autre pressant avec l'index sur le côté antérieur du vaisseau, on interrompait à volonté la circulation dans cette artère, et l'on faisait cesser ou reparaître les battemens de la tumeur en comprimant ou cessant de comprimer de la sorte l'artère crurale. Enfin on serra et on noua la ligature. Aussitôt toute pulsation disparut dans la tumeur. Deux ou trois cuillerées de sang, tout au plus, furent répandues pendant l'opération. Le malade montra beaucoup de calme et de courage; mais peu d'heures après, un mouvement d'impatience de sa part occasionna de l'agitation, et il survint un peu de fièvre pendant la nuit. On prescrivit une potion calmante, et pour boisson, de l'eau de groseilles. On ne chercha point à réunir par première intention, et la plaie fut pansée à plat. Il se manifesta, pendant plusieurs jours, une fièvre assez intense et de l'agitation; le pouls s'éleva jusqu'à cent vingt pulsations par minute; il y eut de l'insomnie et quelques symptômes nerveux; mais les boissons délayantes et acidulées, les doux minoratifs et les légers anti-spasmodiques dissipèrent heureusement ces accidens. Le membre opéré offrit pendant assez long-temps une température plus élevée que celle du membre opposé; mais peu à peu l'équilibre se rétablit. Dès le troisième jour après l'opération on put remarquer que la tumeur anévrismale diminuait sensiblement; vers cette époque une rougeur érysi-

une des artères tibiales, au-dessous de la partie moyenne de la jambe, à lier le vaisseau aussi près que possible du sac. On m'a assuré que l'artère tibiale ayant été liée à la partie moyenne de la jambe, pour un anévrisme

---

pélateuse se manifesta à la partie antérieure et supérieure de la cuisse; elle donna plus d'intensité à la fièvre, et bientôt après un phlegmon se forma dans le même point et se termina par suppuration. Les cataplasmes émolliens, les laxatifs en boisson, enfin une position convenable et une douce compression exercée pour favoriser l'issue du pus, mirent fin à cette complication.

Après s'être manifesté à la cuisse et s'être terminé par suppuration, l'érysipèle survint à la face et envahit successivement les diverses régions de la tête. Mais dix-sept jours après l'opération il était à son déclin : la plaie était belle, elle se réunissait vers son angle supérieur, et en soulevant la petite compresse qui contenait les bouts de la ligature, on vit que celle-ci ne tenait plus et l'on en fit l'extraction. Alors on rapprocha les bords de la plaie avec des bandelettes agglutinatives.

Le 25 juillet et le 19e jour de l'opération, le malade avait retrouvé toute sa gaîté, et la plaie marchait vers sa réunion.

Le 10 août la cicatrisation était complète; toutes les fonctions du malade s'exécutaient bien; il avait repris son embonpoint antérieur; la tumeur anévrismale se trouvait réduite à un noyau de la grosseur d'une noix. On ne sentait aucun battement dans l'artère pédieuse.

(*Note du Traducteur.*)

situé à l'articulation du pied, la pulsation et l'accroissement de la tumeur n'en avaient pas moins continué après l'opération.

On peut lier l'artère tibiale postérieure à la partie moyenne de la jambe, en faisant une incision longue de trois à quatre pouces aux tégumens, sur le bord interne du tibia. Le muscle solaire doit être détaché du tibia dans toute l'étendue de la plaie externe. Le fascia qui s'étend du tibia au péroné et qui couvre les muscles profonds de la jambe, sera mis ainsi à découvert. L'artère marche sous ce fascia sur les muscles tibial postérieur et fléchisseur des orteils. Le nerf tibial est situé sur le côté péronier de l'artère, qui se trouve entre deux veines. Sur le cadavre, cette opération s'exécute avec facilité; mais pendant la vie, elle est rendue difficile par la résistance des muscles, et elle exige une division étendue du muscle solaire et de l'aponévrose qui recouvre l'artère.

Derrière l'articulation du pied, la situation de l'artère tibiale postérieure est très-superficielle; elle se trouve plus près du talon que les tendons des muscles tibial postérieur et fléchisseur des orteils. Elle conserve la même position relative, par rapport à ses veines et au nerf tibial, qu'à la partie moyenne de la jambe.

L'artère tibiale antérieure peut être liée aux parties supérieure et moyenne de la jambe, en faisant une longue incision aux tégumens sur le bord péronier du muscle tibial antérieur. On divisera ensuite l'aponévrose dense qui va du tibia au péroné, dans toute l'étendue de la plaie externe. Le muscle tibial antérieur sera séparé de l'extenseur des orteils. L'artère se trouve sous ces muscles et sur le ligament interosseux; elle est accompagnée de deux veines et d'un nerf; le nerf, en général, s'étend sur l'artère.

A quelques pouces au-dessus de l'articulation du pied, la situation de l'artère tibiale antérieure est plus superficielle. Elle marche sous les tégumens et le fascia, entre les tendons de l'extenseur du pouce et de l'extenseur commun des orteils (1).

---

(1) *Cas d'anévrisme poplité dans lequel un procédé particulier pour l'oblitération de l'artère fémorale fut employé avec succès.*

Le professeur Assalini de Milan (*) a fait connaître une nouvelle méthode d'oblitérer les artères pour la guérison des anévrismes. L'instrument qui sert à la compression de l'artère ressemble aux pinces de M. Percy, dont j'ai

(*) Voyez *Manuale di Chirurgia*, p. 81. Milan, 1812.

parlé dans la première partie de cet ouvrage. Il consiste en deux branches d'argent, courtes, unies ensemble à la manière des pinces ordinaires à pansement. Les extrémités des branches entre lesquelles l'artère est comprimée sont larges et aplaties. Un ressort composé d'une pièce d'acier élastique, est attaché à l'autre bout de l'une des branches, et ce ressort, en pressant sur la branche opposée, retient en contact les extrémités aplaties de l'instrument. Le degré de pression est régularisé par une vis qui passe dans le manche de l'instrument.

Un homme âgé de cinquante-un ans portait un anévrisme poplité qui, le 2 novembre 1811, était parvenu à un volume considérable. La compression ayant été essayée pendant plusieurs jours, on procéda à l'opération, en divisant les tégumens qui recouvraient les vaisseaux fémoraux sur le côté interne du muscle couturier. L'artère fémorale étant bien découverte, on la plaça entre les branches du compresseur, sans toutefois la soulever de sa place. L'action du ressort du compresseur, sans l'emploi de la vis, fut suffisante pour arrêter la pulsation dans l'anévrisme; mais le jet du sang dans la portion supérieure de l'artère communiquait à l'instrument une oscillation très-sensible. Les bords de la plaie furent aussi rapprochés que le permit l'intervention de l'instrument, qui était environné de charpie Le malade fut tranquille pendant le jour et la nuit suivante. Trente-six heures après l'opération, il se manifesta un léger degré de fièvre. Le pouls était dur et fréquent, mais la peau était moite et la jambe dans son état naturel. Il y avait une très-légère pulsation dans la tumeur. Comme il parut alors que le ressort de l'instrument n'était pas

suffisant pour résister à l'impulsion du sang en circulation, et pour maintenir en contact les parois de l'artère, on augmenta la compression au moyen de la vis passée dans le manche de l'instrument. Par là, la circulation dans l'artère fut totalement interceptée. Le malade n'éprouvait aucune douleur ni aucune autre incommodité, si ce n'est une sensation de froid à l'articulation. Vingt-quatre heures après que l'instrument eût été resserré, on ne sentait plus de pulsation dans la tumeur, qui était devenue molle et qui avait diminué d'un tiers. Soixante heures après le resserrement de l'instrument, on crut que les parois de l'artère étaient réunies, et que sa présence dans la plaie était inutile et pouvait entraîner des conséquences funestes. On résolut donc de desserrer d'abord la vis, mais de ne pas encore enlever le compresseur, afin de s'en servir au besoin. La compression sur l'artère ayant été discontinuée, on n'en découvrit pas davantage de pulsation dans l'anévrisme; l'on retira l'instrument. Quatorze jours après l'opération, la plaie était guérie, et au bout de quarante jours, le malade quitta l'hôpital. Sa tumeur était alors réduite au volume d'un petit œuf.

Le professeur Assalini assure que dans deux cas d'anévrisme poplité où il a employé ce mode d'oblitération pour l'artère fémorale, depuis l'occurrence du cas ci-dessus, l'instrument n'est resté appliqué sur l'artère que pendant vingt-quatre heures. La pulsation n'a point reparu ensuite dans les anévrismes, et les malades ont été guéris très-promptement.

Histoire d'une blessure de l'artère péronière traitée avec succès par M. George Guthrie.

La chirurgie des artères malades et blessées a fait de tels progrès depuis quelques années, qu'il reste maintenant peu de chose à ajouter aux principes sur lesquels reposent les opérations relatives aux vaisseaux les plus importans du corps humain. Les artères iliaques externe et interne, la carotide, la fémorale et l'axillaire ont déjà été liées plusieurs fois, et l'on a essayé souvent, mais jusqu'à ce jour sans succès, la ligature de l'artère sous-clavière.

L'individu qui fait le sujet de mon observation, Henri Vigarelie, fut blessé à la bataille de Waterloo par une balle qui perça la jambe droite, immédiatement derrière et dessous le condyle interne du tibia. Cette balle, se dirigeant inférieurement et devant une partie des muscles solaire et gastrocnémien, sortit en les traversant à une distance de quatre pouces trois quarts au-dessous de la tête du péroné, presque à la partie moyenne et du côté du gras de la jambe. Il est évident que, dans ce trajet, la balle doit avoir passé près des artères tibiale postérieure et péronière; mais comme il n'y eut que peu d'inflammation et point d'hémorragie immédiate, on considéra la plaie comme légère. Le dernier jour du mois de juin, il sortit un peu de sang par la plaie; mais le 1er juillet une hémorragie considérable eut lieu; on la supprima par l'application du tourniquet, et elle ne reparut pas de suite après l'enlèvement de cet instrument. Il sortit néanmoins par intervalles du sang pendant la nuit, et il devint nécessaire de réappliquer le tourniquet, et de songer à ce qu'on devait faire après.

Cet individu avait perdu une grande quantité de sang par toutes ces hémorragies; son pouls était à cent dix pulsations; la peau était chaude, la langue chargée, la figure très-abattue; le membre s'était tuméfié par suite de l'application du tourniquet, et une grande quantité de sang coagulé s'était infiltrée sous le muscle solaire et dans le trajet des muscles, augmentant par là le volume du membre; il sortait du sang rouge par les deux ouvertures lorsqu'on interrompait la compression sur l'artère fémorale. En introduisant le doigt dans l'ouverture extérieure et en l'appuyant contre le péroné, on pouvait sentir dessous une petite tumeur anévrismale; la cessation de l'hémorragie qui existait alors indiquait, d'après toutes les probabilités, que l'artère péronière était le seul vaisseau lésé.

Dans cette circonstance, outre la lésion de l'artère, il y avait une grande quantité de sang épanché entre les muscles, et l'on sait que cette complication est toujours dangereuse dans les plaies d'armes à feu accompagnées d'inflammation, parce qu'il en résulte une suppuration abondante des parties voisines, et fréquemment la gangrène: son évacuation est donc une considération importante, même quand l'hémorragie a cessé spontanément.

Le malade, couché sur le ventre, le gras de la jambe tourné en haut, je fis une incision longue de près de sept pouces dans l'axe du membre, en prenant l'ouverture de la balle pour point central, et la prolongeai, par des coupes successives à travers les muscles gastrocnémien et solaire, vers l'artère péronière, que je cherchai à découvrir; mais cela fut plus difficile qu'on ne le croirait après qu'on eut fait une telle ouverture.

Les parties furent difficiles à séparer, à cause de l'in-

flammation qui était survenue, et celles qui étaient dans le trajet immédiat de la balle se trouvaient à différens degrés, depuis le sphacèle jusqu'à l'état sain, selon l'effet produit sur elles par la balle, ou selon que leurs forces vitales avaient été en état ou non de soutenir l'action du corps vulnérant.

La matière de la suppuration, mêlée de sang coagulé, cédait aisément sous l'instrument, mais il fut difficile de l'enlever. On distinguait la place par laquelle sortait le sang artériel; on ne put apercevoir l'artère; la profondeur de la plaie rendait à son égard toute opération difficile. Pour obvier à cet inconvénient, je fis une incision transversale en dehors de l'ouverture de la plaie, sur le bord du péroné, ce qui me mit en état de renverser deux petits lambeaux, et de me servir avec plus de facilité de mes instrumens. Je pus alors passer le *tenaculum* au-dessous de l'endroit d'où le sang sortait, et le soulever un peu, mais sans distinguer néanmoins l'artère blessée, à cause de l'état d'altération des parties, qui ne permettait pas de l'en séparer. Je passai en conséquence une petite aiguille avec deux ligatures à une distance suffisante au-dessus du *tenaculum* pour me faire croire qu'elle était dans les parties saines; j'en compris très-peu dans la ligature, et l'hémorragie s'arrêta. J'en passai une autre de la même manière plus bas et je retirai le *tenaculum*. Le coagulum, au-dessous du muscle solaire, fut enlevé; la cavité fut nettoyée au moyen d'une certaine quantité d'eau tiède, qui fut injectée à travers l'ouverture externe; la plaie fut doucement rapprochée par deux ou trois bandelettes d'emplâtre agglutinatif, et le membre enveloppé dans des linges constamment humec-

tés avec de l'eau froide Le blessé fut mis à la diète lactée.

Deux jours après l'opération, on renouvela l'appareil; la plaie allait bien. On appliqua seulement deux bandelettes d'emplâtre agglutinatif pour empêcher les parties de se séparer. Le lendemain, on plaça un cataplasme au lieu d'eau froide. Le quatrième jour, comme la plaie, quoiqu'ouverte dans toute son étendue, ne paraissait pas vouloir se séparer davantage, on discontinua les bandelettes, et l'on appliqua seulement un cataplasme. Les cinquième et sixième jours, la suppuration fut louable, et le huitième jour après l'opération, les ligatures se détachèrent. Le membre n'éprouvait plus de tension, et la santé générale était bonne.

Dès-lors la plaie marcha vers la guérison sans accidens, mais lentement. Un petit abcès se forma au bord interne et inférieur du muscle solaire; il se ferma peu après qu'on eut donné issue à la matière qu'il contenait. La plaie était entièrement guérie au bout de trois mois; mais la jambe était fléchie sur la cuisse, et exigeait des moyens mécaniques pour son extension.

La longueur du péroné est de seize pouces; la cicatrice de la plaie faite par la balle est de quatre pouces trois quarts au-dessous de la tête du péroné; le membre sain, à quatre pouces trois quarts au-dessous de la tête du péroné, a treize pouces trois quarts de circonférence. Le membre opéré n'a que onze pouces trois quarts, ce qui est une diminution de deux pouces. La longueur de la cicatrice est de six pouces et demi. L'artère a donc été liée, par supposition, à un pouce un quart au-dessous de l'endroit où elle naît ordinairement de la tibiale postérieure.

Cet individu marche maintenant sans paraître boiter,

SECTION XI.

De l'Anévrisme par anastomose, et des tumeurs anomales qui proviennent des artères malades.

Cette affection particulière, appelée par M. John Bell (1) *anévrisme par anastomose*, peut être rangée avec raison parmi les maladies des artères. Elle est formée par un amas de petites cellules dans lesquelles des artères versent du sang, qui est ensuite reçu par des veines ou d'autres artères, en sorte que sa structure est semblable à celle du pénis, du placenta ou de la rate ; elle est en général accompagnée de pulsations ou d'une sensation de vibration qui ressemble à celle qu'on observe dans la varice anévrismale.

Dans quelques cas, cette maladie est la

---

quoiqu'il ne puisse faire beaucoup de chemin. Il n'éprouve d'autre douleur qu'une sorte de crampe qui se fait parfois ressentir à la cheville du pied, et un peu de contraction aux orteils, quand il se lève le matin, ce qui dure une minute ou deux, jusqu'à ce qu'il les ait étendus avec sa main. Je n'attribue pas cet effet à l'opération, mais bien à la lésion de quelque nerf produite par la balle dans son trajet à travers la jambe.

(1) *Principles of Surgery*, vol. I, p. 456, et vol. III, p. 255, etc.

suite d'une violence accidentelle, d'autres fois, elle résulte du développement de ces marques rouges ou défauts de structure de la peau qui existent au moment de la naissance. Dans sa première période, la tumeur n'est qu'une simple tache qui paraît être due à un amas d'artères et de veines. Elle est alors consistante, et la vibration ne s'y peut distinguer; mais à mesure que la structure cellulaire qui forme en définitif le volume de la tumeur, prend des développemens, elle devient plus compressible, et la pulsation y est plus manifeste. A la fin, elle semble consister dans une réunion de petits sacs ou poches d'une couleur pourpre ou livide, qui se rompent de temps en temps, et qui alors produisent une hémorragie abondante. La pulsation est augmentée dans la tumeur par toutes les causes qui accélèrent l'action du cœur et des artères. Elle diminue pendant le sommeil, et s'accroît par tout exercice du corps ou par une passion quelconque de l'âme, ainsi que pendant la menstruation. Quelquefois même une hémorragie périodique par la tumeur prend la place de cette dernière évacuation (1).

---

(1) Desault, Journal de Chirurgie, t. II, p. 71.

Selon M. John Bell, cette tumeur consiste en une réunion de petites artères, de veines absorbantes et de cellules intermédiaires. L'irritation ou l'action accrue des artères remplit de sang les cellules ; ce sang est repris par les veines dans les vacuoles, qui ne sont peut-être elles-mêmes sous cette forme que les extrémitées dilatées des veines (1). Ce tissu ressemble à ce parenchyme imaginaire ou tissu cellulaire, que les premiers anatomistes croyaient être placé, dans toutes les parties du corps, entre les extrémités des artères et celles des veines. Dans quelques cas, les veines environnantes sont dilatées d'une manière remarquable, et forment le volume de la tumeur. M. Pelletan a trouvé une dilatation et une grosseur extraordinaire, non-seulement aux veines, mais aussi aux troncs artériels et à leurs branches, qui entretenaient la maladie (2).

Nous sommes redevables à M. John Bell de l'exposé le plus exact de cette maladie. La plupart des auteurs en rapportent toutefois des exemples, mais sous diverses dénominations. Dans presque toutes ces observations,

---

(1) *Principles of Surgery*, vol. I, p. 457, etc.

(2) Clinique chirurgicale, t. II, p. 59, 66, 68.

l'affection avait son siége aux tégumens de la tête, et provenait généralement de quelque marque congéniale ou défaut de la peau.

On doit toujours avoir recours à la prompte extirpation de ces tumeurs, quand elles ont leur siége sur des parties où l'opération est praticable. On doit aussi avoir soin que les incisions soient faites à une distance telle du mal, que les vaisseaux qui l'entretiennent soient divisés avant de s'être beaucoup ramifiés. Les artères sont très-larges et très-nombreuses auprès de la tumeur; mais lorsque l'incision a lieu à une certaine distance d'elle, on divise les troncs au lieu de ces branches dilatées, et l'hémorragie est arrêtée d'une manière plus facile. L'enlèvement partiel de la tumeur par la ligature (1) ou par l'application du caustique est, en général, suivi de son accroissement.

La diminution de la force de la circulation dans la tumeur arrête non-seulement sa croissance, mais encore effectue sa guérison radicale. La connaissance de ce fait est d'autant plus importante, qu'elle met à notre disposition un moyen d'arrêter les progrès de la

---

(1) *Voyez* Pelletan, Clinique chirurgicale, tome II, p. 70.

tumeur quand, par son étendue ou sa situation, on ne peut l'extirper. M. Travers lia l'artère carotide chez une femme dont l'œil avait été chassé de l'orbite par une tumeur pulsative qui remplissait la plus grande partie de cette cavité. La moitié supérieure de l'angle interne de l'œil était occupée par une tumeur vibratoire très-compressible, donnant au toucher une sensation comme si elle renfermait de la laine, et offrant même une légère pulsation quand on la comprimait fortement. Les veines de la paupière supérieure étaient variqueuses par distension; la peau devenait extrêmement tuméfiée sur le sac lacrymal, et les veines des ailes du nez paraissaient très-distendues. La tumeur inférieure qui s'avançait au-dessus du trou sous-orbitaire avait une forme conique, et était très-élastique au toucher. La paupière inférieure était soulevée jusqu'à l'angle externe de l'orbite, au-dessus de la partie supérieure de la joue. On pouvait vider ou repousser en arrière dans l'orbite cette tumeur inférieure; mais alors la pulsation devenait violente, et la douleur était insupportable par suite de la pression augmentée du globe de l'œil sur le fond et le côté de l'orbite. Une compression exacte des artères temporale, angulaire et maxillaire, ne pro-

duisait aucun effet sur l'anévrisme. Au contraire, quand l'artère carotide commune était comprimée, la pulsation cessait entièrement, et le bruissement de la petite tumeur devenait si obscur, qu'il était difficile de déterminer s'il continuait ou non. La compression de la tumeur produisait une douleur insupportable, et les applications froides avaient été essayées sans succès. Eclairé sur les causes de la maladie, sachant le peu de risque que l'on court à placer une ligature sur l'artère carotide, dans des circonstances favorables, et considérant surtout que l'oblitération d'un tel canal devait, dans tous les cas, être suivi d'une diminution sensible et permanente de l'impulsion du sang destiné à l'entretien de l'anévrisme, M. Travers n'hésita pas à faire la ligature de l'artère carotide. J'ai décrit précédemment tout ce qui pouvait avoir rapport à l'opération. Avant que la malade quittât la table, elle observa que la douleur était suspendue et que le bruit de la tête avait entièrement cessé. La petite tumeur sur l'angle de l'œil était encore vibrante, mais d'une manière très-obscure. Le troisième jour après l'opération, on observa, au moyen d'un léger contact du doigt, une sensation de vibration dans les deux tumeurs;

par une forte compression, l'inférieure présentait même une pulsation. Le cinquième jour, les tumeurs étaient considérablement diminuées, et l'œil se trouvait moins proéminent; le globe oculaire communiquait une légère pulsation. Au bout de cinq semaines, les tumeurs, ainsi que la pulsation, étaient évidemment diminuées, et la malade était délivrée des douleurs cruelles qui l'avaient tourmentée pendant plusieurs années. Quatre mois après, le volume des tumeurs était bien moindre, de même que leur mouvement de vibration. Cinq mois après l'opération, la malade fit une fausse couche qui entraîna une hémorragie considérable; elle eut des syncopes, et resta dans un état de débilité extrême. Le lendemain matin, on remarqua que la tumeur supérieure était aplatie et que la pulsation avait entièrement cessé. Dans le courant du mois qui suivit cet accident, la tumeur supérieure et le gonflement des tégumens entre les sourcils disparurent totalement; l'œil faisait moins de saillie, la tumeur inférieure n'était plus élastique et n'offrait plus de pulsation. La malade resta pendant quelque temps dans cet état de faiblesse, qui fut encore augmenté par des évacuations de sang par les selles. Deux mois

après, le seul vestige que l'on pût découvrir de la maladie était une petite tumeur du volume d'un pois, à l'angle interne de l'œil (1).

J'ai eu dernièrement occasion d'examiner cette femme cinq ans après la ligature de l'artère carotide : elle est en parfaite santé et a eu trois couches depuis son opération. La guérison de l'anévrisme est si complète, qu'il est impossible de découvrir dans l'orbite aucune trace de cette maladie (2).

---

(1) *Medico-chirurgical Transactions*, vol. II, p. 1.

(2) L'opération entreprise par M. B. Travers a été très-heureuse, et elle semblait promettre contre le genre de maladie où on l'a mise en pratique un moyen efficace que le chirurgien aurait toujours à sa disposition ; mais l'expérience a démontré, en Angleterre comme en France, que la ligature des troncs vasculaires dont les branches nourrissent et servent au développement des tumeurs dont nous parlons n'avait parfois aucune action contre ce genre de maladie. L'observation suivante peut en être la preuve.

Dumand (Étienne) apporta en naissant deux petites taches rouges placées sur l'anthélix de l'oreille droite.

Un sentiment de démangeaison qu'il satisfaisait, un écoulement de sang peu abondant qui en était la suite, un léger défaut de proportion entre l'oreille de ce côté, qui était plus large, et celle du côté opposé, furent jusqu'à l'âge de douze ans les seules choses qu'on observa.

Dès cette époque ces taches s'étendirent, l'anthélix

Dans un cas semblable, on pourrait aider la guérison, après l'opération, par la diète et

---

tout entier, l'hélix et la conque de l'oreille furent envahis; l'oreille dans toute sa région supérieure acquit un volume plus considérable, et même double de celui de l'oreille gauche. De légers mouvemens de dilatation et d'affaissement alternatifs se firent observer. Elle prit généralement une teinte violette, une peau plus mince la recouvrit, et huit mois après que le malade se fut aperçu des battemens, un mouvement violent imprimé à son chapeau suffit pour donner lieu à une hémorragie assez difficile à arrêter, même en tamponnant, et qui affaiblit le malade en même temps qu'elle diminua momentanément le volume de la tumeur et les battemens dont elle était le siége.

Le malade, averti par l'augmentation de volume, de mouvement et de chaleur dans sa tumeur que les exercices de son âge en favorisaient le développement, s'abstint des jeux et des plaisirs actifs.

Il se ceignit habituellement la tête d'un bonnet serré, qui produisait de la diminution dans l'étendue et dans les battemens de l'oreille.

Deux hémorragies eurent lieu spontanément par la partie la plus élevée de l'anthélix, elles s'arrêtèrent facilement, l'une d'elle-même, l'autre par le moyen de l'agaric.

Des astringens ne produisirent aucun effet sur la tumeur. Un onguent ne fut pas plus utile.

Le malade, contraint de se livrer à la profession active de charron, souffrait beaucoup dans le travail.

les saignées. La diminution de la tumeur, chez la malade de M. Travers, a été très-

---

Une quatrième hémorragie dans laquelle il perdit une palette de sang, arrêtée par l'agaric, l'engagea à entrer à l'hôpital de Sens (28 juillet 1817). Le pavillon auriculaire était d'un volume triple de celui du côté opposé, d'une épaisseur de quatre lignes supérieurement, d'un poids tel, qu'abandonné à lui-même, la partie supérieure venait en se courbant tomber au niveau du conduit auditif externe; il était agité de mouvemens de soulèvemens de totalité, et d'une expansion et d'un affaissement successifs isochrones aux battemens du cœur.

Une tumeur, décrivant les trois quarts d'un cercle autour de l'insertion de l'oreille, soulevait jusqu'à un pouce de distance dans la fosse temporale et dans la région mastoïdienne, le cuir chevelu bosselé, saillant de quelques lignes, se resserrant et se dilatant d'une manière semblable.

Une légère ulcération sur l'anthélix indiquait le point par lequel s'opérait l'hémorragie.

Une compression méthodique sur le trajet des artères temporales, auriculaire et occipitale au moyen des tampons de charpie, n'ayant pu être supportée, la ligature des deux premières fut tentée et n'eut pour résultat qu'une légère diminution dans les battemens et le volume de la tumeur.

Le vingt-unième jour après l'application de ces premières ligatures (treize jours après leur chute), une hémorragie eut lieu par la plaie de l'anthélix; arrêtée par la compression, elle se renouvela trois jours après.

remarquable après des hémorragies excessives de l'utérus et des intestins.

On l'arrêta de nouveau par le tamponnement; il se forma une escarre gangreneuse qui s'étendit à une grande partie de l'hélix et de la conque, et qui ne tomba que sept jours après sa formation, et le trente-cinquième jour de la ligature des artères temporale et auriculaire.

Huit jours après (quarante-trois jours après la première opération) on pratiqua la ligature de l'artère occipitale, et le malade guérit de cette nouvelle et infructueuse opération, retourna chez lui après trois mois de séjour à l'hôpital.

Un nouvel accroissement dans le développement et dans les battemens de la tumeur ne tarda pas à le décider à venir à Paris essayer contre son mal les dernières ressources de l'art.

Il entra à l'Hôtel-Dieu le 3 avril 1818, cinq mois après sa sortie de l'hôpital de Sens.

L'oreille est plus haute des deux tiers que celle du côté opposé. Elle est déplissée, et n'offre, de la conque vers l'anthélix qu'une surface plane, violette; on y voit la trace d'une cicatrice avec enfoncement léger. Le contour arrondi de cette surface est échancrée supérieurement dans le point correspondant à l'escarre gangreneuse dont nous avons parlé.

La peau qui recouvre ces parties, amincie, laisse voir à travers son tissu un réseau vasculaire à mailles lâches et des cloisons séparant des espaces que le sang, particulièrement dans le moment de diastole, colore d'un rouge violet.

Il y a une espèce de difformité congéniale qui ressemble beaucoup à l'affection dont je

---

Ces cellules se dilatent, la peau se détend, le volume augmente, soit en largeur, sens dans lequel il prend environ six lignes, soit en hauteur, qui est égale à deux pouces et demi à chaque contraction du cœur, et la masse totale de l'oricule s'éloigne de la tête durant un temps égal à chacune de ces contractions.

Moins sentis et moins visibles, ces mouvemens sont cependant appréciables dans les régions temporale et mastoïdienne.

L'artère carotide primitive cesse-t-elle de battre par une compression exercée sur elle; pâleur de l'oricule, décoloration, flétrissure, diminution de volume et de température, mollesse, chute du pavillon de l'oreille vers la tête, son immobilité complète et cessation des battemens des artères temporales. Le sang reprend-il son cours; sensation de chaleur et de mouvement, bruissemens et sifflemens incommodes dans l'oreille, mouvement de soulèvement, dilatation, rougeur et tension s'étendant par secousses du centre à la circonférence dans la durée de huit à seize pulsations, réapparition des battemens artériels de la fosse temporale.

M. Dupuytren considéra la tumeur comme étant formée par les artères lésées d'une manière anévrismatique; mais il y a de plus, suivant ce grand chirurgien, à leurs rameaux les plus extrêmes un entrelacement en mille sens divers, interceptant des espaces et figurant des cavités tout-à-fait analogues à la structure des corps caverneux; il pense que la maladie

traite maintenant. Elle consiste en un amas de vaisseaux dilatés ou de cellules distendues

---

a sa source dans l'activité de la circulation capillaire. L'insuffisance des ligatures faites aux artères temporale, auriculaire, primitivement, et en second lieu à l'occipitale, prouve trop bien que le cercle anastomotique environnant l'oreille est un obstacle insurmontable à la réussite de toute ligature partielle. On a cru devoir ici attaquer le mal dans sa source : on suspendait un instant seulement les battemens par la compression de la carotide externe, celle de la carotide primitive les arrêtait sans retour; en conséquence on pensa que c'était là qu'il fallait intercepter le cours du sang. Cependant on concevait de justes craintes que les anastomoses des vertébrales et des carotides internes, plus que suffisantes pour entretenir la circulation nécessaire à la vie, ne ramenassent avec elle la force impulsive qui avait produit le mal.

Les progrès rapides de la maladie, qui bientôt ôteront au malade la faculté de se livrer impunément à l'exercice le moins fatigant et qui le tiendront dans l'attente cruelle d'une mort prompte au moindre oubli des précautions les plus minutieuses, s'ils ne suffisent pas pour la produire spontanément, rendent la ligature de l'artère carotide primitive une ressource peu dangereuse par elle-même et une voie de salut qu'on serait coupable de ne pas essayer. Le bruissement et le sifflement continuels dont la tumeur est le siége seraient peut-être suffisans pour déterminer le malade à cette ligature.

L'opération fut pratiquée le 8 avril; on fit à la peau une incision de deux pouces le long du bord in-

par l'afflux du sang. M. Abernethy pense que la distension et l'élargissement consécutifs

---

terne du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, à trois travers de doigt au niveau du larynx, le tissu cellulaire environnant fut soulevé avec la sonde cannelée et divisé avec le bistouri jusqu'à ce qu'on eut isolé le tronc artériel, la veine jugulaire et les nerfs. On introduisit le même instrument derrière l'artère pour faire glisser dans la cannelure un stilet aiguillé portant un ruban; alors la ligature, composée de deux brins de fil ciré, fut serrée convenablement; mais avant de la nouer, on répéta plusieurs fois l'expérience de comprimer le vaisseau dans l'anse qui l'embrassait, et de faire cesser cette constriction, et par ces manœuvres on voyait cesser ou reparaître à volonté les battemens dans les vaisseaux des régions auriculaires et temporales, ainsi que dans la tumeur du pavillon de l'oreille.

Aussitôt que la ligature fut serrée, le malade éprouva une douleur vive dans l'une des dents petites molaires supérieures du même côté : c'est le seul accident primitif qu'on ait observé. La tumeur diminua beaucoup, cependant elle resta toujours d'un volume bien supérieur à celui de l'autre oreille. Le soir, le malade se plaignit d'une céphalalgie frontale. On le saigna et on lui mit les pieds dans de l'eau sinapisée; il prit pour tout aliment du bouillon, qu'il vomit; il se plaignit d'une sensation d'engourdissement dans tout le membre thoracique gauche.

Pendant la première nuit la douleur de tête devint plus légère et diminua graduellement jusqu'au cinquième jour. Alors des picotemens et de la démangeaison à la

des vaisseaux dilatés dépendent de l'action inflammatoire des artères environnantes, de

---

tumeur tourmentèrent le malade, qui ressentit aussi quelque douleur à la plaie. Le deuxième jour, le vomissement reparut; mais le sommeil fut constant pendant les nuits suivantes; le troisième jour, rétablissement de l'appétit, dissipation de l'engourdissement du membre thorachique gauche et des battemens de la carotide au-dessous de la ligature, qui, dans les premiers temps de l'opération, battait avec une très-grande force. Le cinquième jour, levée du premier appareil, bonne suppuration, diminution et affaissement progressif du pavillon de l'oreille. Le neuvième jour, il survint un léger accès de fièvre marqué par la fréquence, l'élévation du pouls, la chaleur et la sécheresse de la peau, l'oppression, l'anorexie, un enduit blanchâtre sur la langue; il est dissipé le lendemain par une saignée. Le onzième jour, chute de la ligature (toujours diète sévère et repos absolu). Le dix-septième jour, légers mouvemens d'expansion et d'affaissement du tissu érectile de l'oricule, quoiqu'il ait diminué d'un tiers; on fait une compression exacte avec de la charpie et des compresses trempées dans l'eau blanche, un petit foyer purulent est découvert au bas de la plaie de l'opération; on le vide en pressant sur ses parois; un peu de gêne de la poitrine, de chaleur de la peau et de fréquence du pouls sont combattus par l'application de vingt sangsues; on essaie pendant quelques jours de comprimer le pavillon de l'oreille en appliquant dessus une couche épaisse de plâtre de statuaire qu'on trouva fendue le soir même par l'action

sorte qu'en diminuant cette action inflammatoire, on arrêtera en même temps les progrès de la maladie : l'oblitération des vaisseaux dilatés sera aussi favorisée par une pression égale et permanente. M. Abernethy rapporte quelques cas où ce traitement a été suivi de succès (1). La partie fut comprimée par des bandelettes agglutinatives, ou par des bandes constamment humectées avec une lotion propre à s'évaporer. Les tumeurs disparurent entièrement au moyen de ces remèdes continués pendant plusieurs mois, et la maladie fut guérie radicalement. Dans une des ob-

---

continue de la force d'expansion des vaisseaux ; on maintient rapprochées par une bande placée autour de l'oreille les deux parties du moule de plâtre ; une douleur assez vive est produite par cet appareil ; cependant il amène une diminution dans la maladie. Le malade sort de l'hôpital après y avoir resté soixante-six jours. La tumeur était réduite à un tiers de son volume antérieur ; mais les mouvemens alternatifs d'expansion et d'affaissement ont reparu, ceux de soulèvement ne sont pas manifestes ; il n'existe plus ni bruissemens ni sifflemens dans l'oreille. (*Note du traducteur.*)

(1) *Surgical observations on injuries of the head, and on miscellaneous subjects*, p. 224 ; c'est-à-dire, Observations chirurgicales sur les lésions de la tête et sur divers sujets, etc.

servations de M. Abernethy, l'affection ayant son siége à l'orbite, l'emploi de la compression, dans une certaine étendue, était évidemment impraticable. La soustraction de la chaleur, par l'usage continuel d'un liquide très-évaporable, fit diminuer la tumeur par degrés, et au bout de quelques mois, il n'en restait plus aucun vestige (1). M. Pelletan a guéri une tumeur semblable située sur le front, par une pression constante (2). Je donne maintenant des soins à un enfant chez lequel la maladie est presque guérie au moyen de la compression. La tumeur a son siége sur le cuir chevelu. Quand l'enfant vint au monde, elle était très-petite; mais peu après la naissance, elle commença à faire des progrès rapides. Elle était d'une couleur pourpre, et augmentait de volume quand l'enfant poussait des cris. Par la pression, on pouvait la vider; elle n'offrait pas de pulsations, mais les artères et les veines qui s'y rendaient étaient dilatées d'une manière remarquable. J'ai commencé la compression

(1) *Ibid*, p. 228. Un cas semblable est rapporté par M. Boyer, dans son Traité des Maladies chirurgicales, t. II, p. 269.

(2) Clinique chirurgicale, t. II, p. 68.

sur la tumeur, depuis sept semaines, au moyen d'un morceau de carton fortement fixé par des bandelettes agglutinatives. La tumeur est déjà diminuée au moins des deux tiers.

Lorsque la situation du mal ne permet pas d'avoir recours à l'emploi des remèdes dont je viens de parler, il faut alors extirper promptement ces tumeurs.

Pott a donné la description d'une tumeur particulière qui avait son siége au gras de la jambe, et dont l'origine pouvait être attribuée à une condition morbide ou à la rupture de l'artère tibiale postérieure. Elle avait commencé par une petite grosseur dure et profondément située, quelquefois très-douloureuse et quelquefois très-peu, ne gênant le malade que lorsqu'il prenait de l'exercice; elle n'avait point altéré la couleur de la peau, au moins avant d'être parvenue à un très-grand volume; elle s'était accrue graduellement, mais en demeurant toujours dure et incompressible dans sa plus grande partie, à mesure que son volume augmentait. Ayant atteint un diamètre considérable, elle paraissait contenir un fluide que l'on pouvait sentir dans son fond, ou à la partie postérieure des os. Ce fluide paraissait peu abondant, et ne consistait qu'en

une matière purulente mêlée de sang grumeleux (1). Dans les faits suivans, que j'ai eu occasion d'examiner, les artères principales des membres étaient parfaitement saines : la maladie paraissait provenir de la rupture de quelques-unes des plus petites artérioles qui s'ouvraient dans la tumeur.

OBSERVATION XLI.

Une large tumeur occupait toute la circonférence de la partie inférieure de la cuisse, chez un homme âgé d'environ cinquante-cinq ans. Cette tumeur existait depuis six mois; elle avait commencé à quelques pouces au-dessus du condyle interne du fémur. D'abord mobile, elle s'était attachée de plus en plus à l'os à mesure que son volume avait augmenté. Son accroissement avait été accompagné d'une douleur violente. La couleur de la peau n'était point changée, et les veines n'offraient pas de dilatation. Elle était élastique, mais peu compressible; on ne lui découvrait aucune pulsation. Le genou pouvait se mouvoir, et le pouls était

(1) Pott, *Chirurgical works*, vol. III, p. 223. Edition de James Earle.

naturel à l'articulation. On fit une incision sur la tumeur pour savoir ce qu'elle renfermait. Il en sortit une assez grande quantité de sang fluide, puis du coagulum. Les caillots ayant été enlevés, une hémorragie abondante se fit par la surface du sac. Le fémur était dénudé dans toute sa circonférence, et sa substance parut si altérée, qu'on jugea nécessaire l'amputation du membre. Le moignon alla bien pendant quelques jours; mais sa surface prit un mauvais aspect, et le malade mourut dans la première quinzaine. On injecta et disséqua le membre amputé. On ne put découvrir aucun vaisseau considérable communiquant avec le kyste anévrismal. L'artère poplitée, suivant son trajet ordinaire, passait sur la partie postérieure du sac. Des dépôts étendus de matière calcaire avaient eu lieu dans toutes les artères du membre. La veine fémorale était saine; le sac paraissait être formé par les muscles environnans et par le fascia; il était divisé par des cloisons nombreuses, sur quelques-unes desquelles on pouvait remarquer des points de matière osseuse. Il renfermait du sang, en partie fluide, et en partie coagulé, et ce dernier, dans quelques endroits, avait une apparence membraneuse. Le sac était rempli par une grande

quantité d'injection, mais on n'apercevait aucun vaisseau considérable par lequel elle eût pu en sortir. On ne voyait à sa surface que les ouvertures de quelques artères déliées par lesquelles elle y avait pénétré.

OBSERVATION XLII.

Une femme âgée de trente ans, présentait, à la partie inférieure de la cuisse, une tumeur dont l'accroissement, depuis plusieurs mois, était accompagné de fièvre et d'une douleur cruelle. Son aspect était absolument semblable à celui de la maladie que nous venons de décrire : elle avait son siége au même endroit, mais avec un volume plus petit. Son origine était attribuée à une extension violente des muscles de la cuisse. Le membre fut amputé; mais la malade, qui était extrêmement affaiblie par ses souffrances antérieures, mourut au bout de quelques semaines. On disséqua avec soin les artères principales et les veines du membre amputé : elles parurent être dans leur état naturel, et on n'y découvrit aucune rupture ni la moindre condition morbide. Le sac avait une structure membraneuse très-mince; il était divisé en cellules nombreuses qui contenaient du sang dans

différens états de coagulation. Une matière calcaire se trouvait en dépôt dans quelques endroits de cette poche, et le fémur était carié.

OBSERVATION XLIII.

Un sujet maigre et délicat, âgé de douze ans, portait une tumeur au côté externe de la jambe droite, qui, par degrés, avait atteint le volume de la tête d'un enfant nouveau-né. Les caractères de cette tumeur coïncidaient en tous points avec la description que fait Pott de cette maladie. Elle avait commencé immédiatement au-dessous du genou et s'étendait plus bas que le ventre du muscle gastrocnémien. Le sommet de la tumeur paraissait très-enflammé, et sur ses côtés les veines étaient variqueuses. La sensibilité du membre restait comme dans l'état naturel, ainsi que le pouls à l'articulation du pied. Quelquefois l'enfant se plaignait de douleur dans la tumeur, mais le plus souvent elle était insensible. A sa partie inférieure, elle présentait une fluctuation imparfaite; sa partie supérieure paraissait solide. On lui fit une incision qui fit sortir une grande quantité de sang fluide, mêlé de beaucoup de coagulum. Le doigt ayant été introduit dans sa

cavité, on y découvrit des dépôts considérables de matière osseuse, et l'on s'aperçut que la tête du péroné était totalement détruite. Le membre fut amputé. Le sac était formé par un tissu dense, renfermant des cellules innombrables, composées principalement de matière osseuse. Ces cavités contenaient du sang fluide et du coagulum, dans divers états de densité. On trouvait dans quelques endroits du coagulum, de petites masses de matière calcaire. La partie supérieure du péroné était détruite dans une étendue de trois pouces. Les muscles, très-amincis, s'épanouissaient sur la tumeur. Le contenu de la tumeur ayant été enlevé, et de l'eau ayant été poussée dans l'artère fémorale, elle se rendit dans le sac par un grand nombre de petits vaisseaux. Les artères du membre furent ensuite injectées avec de la cire; mais dans la dissection on ne put découvrir aucun vaisseau considérable qui communiquât avec le sac. Les artères poplitée, tibiale et péronière étaient saines dans leur tissu, et n'offraient aucune interruption dans leur trajet (1).

---

(1) Ce cas s'est présenté dans la pratique de M. Freer de Birmingham, et je lui dois l'extrait que je viens d'en

Ces observations prouvent évidemment que les artères principales ne sont pas toujours intéressées dans la production de cette maladie, ainsi que l'avance Pott; et il est probable que la tumeur est due à la rupture de quelques-unes des plus petites artérioles (1). L'extirpation paraît être la seule

---

donner. (Voyez *Observations on Aneurism*, p. 28, pl. III, etc.)

(1) Cette circonstance a engagé M. Freer à donner à cette maladie le nom d'*anévrisme des plus petites artères*. (Voyez *Observations on Aneurism*, p. 20.) Des observations sur cette maladie sont rapportées par Else (*Medical observations and inquiries*, vol. III, p. 169.)

PEARSON, *Medical communications*, vol. II, p. 95, etc.

SCARPA, Réflexions et Observations anatomico-chirurgicales sur l'Anévrisme, traduction de Delpech, p. 463. Dans deux des cas rapportés par M. Else, une sonde introduite par les grandes veines du membre arrivait facilement jusqu'aux tumeurs; mais dans ceux que je viens de décrire, les veines principales étaient saines, et l'on ne put découvrir aucune communication entre elles et la maladie. Dans les Observations de M. Pearson et de Scarpa, les tumeurs présentaient des pulsations si fortes qu'on pouvait les prendre pour des anévrismes de l'artère tibiale antérieure. Dans celle de M. Pearson, toutefois, on reconnut par la dissection que la tête du tibia était tellement détruite, que la partie postérieure de la tumeur se trouvait en contact avec les grandes artères du membre, auxquelles elle empruntait ses pulsations.

manière convenable de traiter cette affection, et dans les cas que j'ai observés, l'amputation du membre a été jugée nécessaire par suite des effets du mal sur les os et les parties environnantes.

Dans celle de Scarpa, semblable à celle de M. Pearson, tant par l'apparence de la tumeur que par sa situation, on apercevait distinctement que la portion inférieure du corps du tibia n'était plus continue à la supérieure.

TROISIÈME PARTIE.

SECTION PREMIÈRE.

De la Blessure des Artères.

Le procédé employé par la nature pour arrêter l'hémorragie et pour guérir les lésions des artères, varie suivant l'étendue de la blessure faite aux membranes du vaisseau. Dans les artères piquées, la suppression immédiate de l'hémorragie a lieu par l'épanchement du sang entre l'artère et sa gaîne cellulaire; ce sang forme une couche épaisse de coagulum qui, en s'étendant sur l'orifice de l'artère, oppose une barrière temporaire à l'hémorragie. Au bout de quelques heures, les bords de la plaie de l'artère s'enflamment, et il en sort une lymphe coagulable qui les réunit, absolument de la même manière que les plaies des parties molles sont guéries en général au moyen de l'inflammation adhésive. Quand la plaie est légère, la continuité du canal est

conservée, et au bout d'un certain temps, il est impossible de découvrir la cicatrisation, tant à la surface externe qu'à la surface interne du vaisseau; mais quand la plaie est étendue, quoiqu'il y ait encore possibilité de réunion, l'épanchement de lymphe est quelquefois si considérable, que le canal de l'artère en est plus ou moins obstrué (1).

Dans les plaies transversales étendues, ou dans les divisions complètes des artères, un procédé tout différent a lieu. La rétraction du vaisseau empêche le rétablissement de la continuité du tube par la réunion de ses bords divisés. L'hémorragie est supprimée par l'oblitération du canal de l'artère, et le sang est conduit par les branches collatérales aux parties qu'il est destiné à nourrir.

Petit, le premier, essaya d'expliquer les moyens employés par la nature pour la suppression de l'hémorragie. Il crut que l'écoulement du sang par une artère divisée était arrêté par la formation d'un caillot de sang, placé en partie à la surface interne et en partie à la surface externe de l'extrémité du vaisseau. Il supposait ensuite que ce caillot s'unissait tant à la surface in-

(1) Jones, *on Hæmorrhage*, chap. II.

terne du vaisseau qu'à ses bords divisés et aux parties environnantes (1). Morand accordait quelque effet au coagulum dans la suppression de l'hémorragie; mais il prétendait que la constriction des fibres circulaires de l'artère, par laquelle son calibre était diminué, et la rétraction et l'épaississement consécutif de ses fibres longitudinales étaient les principaux agens de la réunion du canal du vaisseau (2). Sharp affirmait aussi que c'était par leur contraction et leur rétraction sur la plaie que les extrémités divisées des vaisseaux sanguins étaient oblitérées par du sang coagulé (3). Pouteau niait l'efficacité du caillot ainsi que la rétraction du vaisseau, et assurait que la tuméfaction du tissu cellulaire, à la circonférence de l'extrémité divisée de l'artère, formait le principal obstacle à l'écoulement du sang (4). Gooch (5),

---

(1) Mémoires de l'Académie royale des Sciences pour l'année 1735.

(2) *Ibid.*, pour l'année 1736.

(3) *Operations in Surgery*, 3e édit., Introduction, p. 11.

(4) Mélanges de Chirurgie, p. 331.

(5) *Cases and practical remarks in surgery*, vol. II, p. 352, 2e édit.

White (1), Aikin (2) et Kirkland (3) soutenaient que la suppression de l'hémorragie était due à la constriction et à la rétraction des extrémités du vaisseau divisé, tandis que M. John Bell dit que lorsque l'hémorragie s'arrête toute seule, ce n'est ni par la rétraction de l'artère, ni par la constriction de ses fibres, ni enfin par la formation de caillots, mais bien par le moyen du sang injecté dans le tissu cellulaire qui environne l'artère (4).

La plupart de ces théories attribuent la suppression de l'hémorragie à une cause particulière; mais les belles expériences du docteur Jones prouvent que cet objet est rempli par le concours de plusieurs opérations successives, telles que la rétraction et la constriction de l'artère, la formation d'un

---

(1) *Cases in Surgery*, p. 171.

(2) *An Essay on the ligature of arteries, by J. Aikin, in White's Cases in Surgery*, p. 187; c'est-à-dire : Essai sur la ligature des artères, par J. Aikin, dans les Observations de Chirurgie de White.

(3) *Essay on the methods of suppressing hæmorrhages from divided arteries*; c'est-à-dire : Essai sur les méthodes d'arrêter les hémorragies à la suite de la division des artères.

(4) *Principles of Surgery*, vol. 1, p. 179.

caillot à son ouverture, l'inflammation et la consolidation de ses extrémités par un épanchement de lymphe coagulable dans l'intérieur de son canal, entre ses membranes, et dans le tissu cellulaire qui l'environne. Un écoulement impétueux de sang, une rétraction soudaine et évidente de l'artère dans l'intérieur de sa gaîne cellulaire et une légère contraction de ses extrémités, sont les effets immédiats et presque simultanés de sa division. Le sang s'épanche dans le tissu cellulaire, entre l'artère et sa gaîne, et passant à travers le canal de cette gaîne, qui a été formé par la rétraction de l'artère, il coule en abondance à l'extérieur, ou s'extravase dans le tissu cellulaire environnant, en proportion de l'ouverture étendue ou bornée de la plaie externe. L'artère, en se rétractant, laisse des inégalités à la surface interne de sa gaîne, en lacérant ou arrachant le tissu cellulaire intermédiaire qui les unit. Ces fibres entravent l'écoulement du sang et concourent de la sorte à la formation du coagulum à l'ouverture de l'artère. Le coagulum paraît se compléter par le sang qui, passant continuellement à travers ce nouveau canal de la gaîne artérielle, adhère et se coagule graduellement à sa surface interne, jusqu'à ce

qu'il la remplisse complètement de la circonférence au centre. Ainsi organisé à l'ouverture de l'artère, et dans l'intérieur de sa gaîne cellulaire, le coagulum est la première barrière efficace qui s'oppose à l'écoulement du sang. L'ouverture de l'artère n'étant pas plus long-temps perméable, et aucune branche collatérale ne se trouvant dans le voisinage, le sang demeure en repos dans son canal, se coagule, et forme, en général, un caillot de forme conique, qui n'en remplit cependant pas toute la capacité, et qui n'adhère à ses parois que par une petite portion de la circonférence de sa base, qui se trouve près de l'extrémité du vaisseau. En même temps, l'extrémité divisée de l'artère s'enflamme, et les vaisseaux lymphatiques donnent issue à une lymphe qui ne peut s'échapper, à cause du coagulum externe. Cette lymphe remplit l'extrémité de l'artère, se trouve entre le caillot interne et l'externe; quelquefois elle est entremêlée avec eux ou leur adhère, et devient fortement unie à toute la circonférence de la membrane interne du vaisseau. La suppression permanente de l'hémorragie dépend principalement de ce coagulum lymphatique; mais tandis qu'il se forme à l'intérieur, l'extré-

mité de l'artère est en outre fortifiée par la contraction graduelle qu'elle éprouve, ainsi que par un épanchement de lymphe qui s'opère entre ses membranes et dans le tissu cellulaire environnant : il en résulte un épaississement de ces parties et une telle incorporation, qu'il devient impossible de les distinguer. Le canal de l'artère est non-seulement oblitéré, mais encore son extrémité est complètement effacée et confondue avec les parties environnantes (1).

L'hémorragie, dans une artère déchirée, est supprimée par les mêmes moyens que dans une artère blessée ou divisée avec un instrument tranchant. On sait très-bien que l'écoulement du sang par une artère lacérée est, en général, moins considérable que par une artère blessée ou divisée en travers. Cette circonstance dépend probablement de ce que le vaisseau rompu étant arraché dans une certaine étendue de ses connexions immédiates, le sang est arrêté de suite dans le tissu cellulaire qui unit l'artère à sa gaîne, en sorte que le coagulum externe qui constitue la première barrière contre l'hémorragie est promptement formé. Le docteur Jones a

---

(1) JONES, *On Hæmorrhage*, chap. 1, sect. III, p. 55.

trouvé que lorsqu'une artère était déchirée, la rétraction de ses extrémités n'était pas plus grande que lorsqu'elle était divisée avec l'instrument; mais il a observé en même temps que la gaîne du vaisseau était injectée de sang dans une plus grande étendue, et que le coagulum externe se formait plus rapidement (1). Quand une artère est arrachée et enlevée à ses connexions, de même que lorsqu'elle est déchirée, on voit une lacération dans diverses parties de ses membranes interne et moyenne, et le docteur Jones a remarqué que le coagulum interne était très-considérable. Dans des circonstances semblables, on a trouvé l'extrémité déchirée du vaisseau, resserrée d'une manière très-marquée (2)

(1) Jones, *on Hæmorrhage*, chap. I, sect. II, *experiments* X *and* XII.

(2) Un soldat de l'artillerie portugaise fut blessé à la batterie de brèche de Ciudad-Rodrigo par un large éclat de bombe, qui lui emporta le bras en divisant l'humérus à ses tubérosités et en lui déchirant cruellement le côté. Il restait une partie des grands muscles du bras, et l'artère brachiale pendait dans une longueur de deux pouces et demi au-dessous du bord du muscle grand pectoral, qui conservait ses attaches à l'os fracturé; elle n'était accompagnée ni de veines ni de nerfs, et ses pulsations étaient

D'après les expériences du docteur Jones, il paraît que la constriction et la rétraction de l'artère, ainsi que la formation du coagulum sanguin sur l'ouverture de ses extrémités divisées, sont les premiers moyens qui arrêtent l'hémorragie. L'inflammation et l'épanchement lymphatique qui effectuent l'oblitération permanente du tube, sont les conséquences naturelles de la lésion faite aux membranes du vaisseau. Appuyé sur ces prin-

---

si fortes à son extrémité, qu'elle était toujours prête à glisser de mes doigts qui étaient mouillés : dans l'étendue d'un huitième de pouce environ, le diamètre de l'orifice du vaisseau était tellement contracté, qu'il n'avait guère que le volume d'une tête d'épingle ordinaire, et il était fermé par un peu de sang, dont une couche très-mince recouvrait même son extrémité. En comprimant l'artère, et ensuite en permettant son action, et cela à diverses reprises, on laissait au sang la faculté de faire disparaître efficacement par son impulsion l'obstacle apporté à sa sortie. Cette expérience fut faite une heure environ après l'accident, et l'on enleva sans délais les restes du bras. (*Observations and Cases of Gunshot Wounds, by G. J. Guthrie, Esq. Staff surgeon with the army in Portugal*, *in the new Medical and Physical Journal*, vol. IV, p 269; c'est-à-dire, Observations sur les plaies d'armes à feu, par Guthrie, chirurgien major à l'armée de Portugal, insérées dans le nouveau Journal de Médecine et de Physique, etc., etc.)

cipes, je vais examiner l'action des agens artificiels mis en usage pour supprimer l'hémorragie.

L'impulsion naturelle du sang nuit à la rétraction et à la constriction de l'artère, et empêche la formation du coagulum à l'ouverture de ses bouts divisés. Un état languissant de la circulation est donc nécessaire pour l'accomplissement des procédés naturels par lesquels l'hémorragie est arrêtée (1). Une faiblesse ou syncope, en suspendant la circulation, permet la constriction et la rétraction de l'artère, ainsi que la formation du coagulum à son extrémité. La syncope favorise donc l'accomplissement des moyens naturels qui suppriment l'hémorragie, et c'est par là qu'un des effets les plus alarmans de l'accident est dans le fond un des premiers moyens d'y porter remède. Ce principe explique également l'efficacité de la saignée pour arrêter les hémorragies internes.

La rétraction et la constriction de l'extrémité de l'artère divisée ne suffisent pas pour fermer son tube et pour arrêter l'écoulement du sang, quoiqu'elles favorisent la formation du coagulum à son ouverture. L'efficacité

(1) Jones, *on Hæmorrhage*, p. 57.

des remèdes qu'on appelle *styptiques*, et qui sont employés pour la plupart dans la vue d'aider la rétraction ou la contraction du vaisseau divisé, est donc presque nulle, et, en général, leur mode d'action peut être rapporté aux principes dont je parlerai. Il est possible cependant que quelques-unes de ces applications, en accélérant la formation du coagulum, puissent tendre à supprimer l'hémorragie. C'est ainsi que les lotions froides et l'exposition des surfaces saignantes à la fraîcheur de l'atmosphère arrêtent fréquemment l'écoulement du sang. Quant aux solutions stimulantes ou astringentes, les observations qui ont été faites à leur égard ne nous permettent pas encore de déterminer jusqu'à quel point elles peuvent aider la constriction ou la rétraction de l'artère, ainsi que la formation du coagulum.

Il arrive quelquefois que les parties divisées, dans les opérations chirurgicales, ne fournissent pas beaucoup de sang à l'instant même, en sorte qu'on cherche à réunir leurs surfaces au moyen des bandelettes agglutinatives ou des bandages. En peu d'heures, la partie s'enflamme, et les vaisseaux qui, dans l'état naturel, ne laissaient passer qu'un petit filet de sang, produisent alors, par leur di-

latation, une hémorragie copieuse. C'est à cette cause que l'on doit attribuer les hémorragies fréquentes qui surviennent quelques heures après l'amputation d'un membre, ou après l'extirpation d'un testicule ou d'une glande malade du sein, quoique les artères principales aient été liées, et qu'on se soit rendu maître du sang au moment de l'opération. L'hémorragie, dans ces circonstances, paraît être la conséquence de la dilatation qu'éprouvent les plus petites artères pendant l'inflammation, et il est évident que tout ce qui tend à accroître ou à maintenir l'action inflammatoire des vaisseaux, prolongera en même temps l'hémorragie.

Une cause fréquente de l'action vasculaire trop forte dans les plaies récentes, est l'emploi des compresses, des tentes et des bandages serrés. Quand l'hémorragie paraît dépendre de cette cause, le traitement doit consister à diminuer, autant que possible, l'action vasculaire, et l'on parviendra à ce but en faisant disparaître toutes les applications irritantes, en même temps qu'on emploiera les lotions émollientes et qu'on fera observer au blessé une tranquillité parfaite (1).

---

(1) Cette doctrine est professée par M. Abernethy dans ses cours.

La cautérisation du vaisseau lésé est le plus ancien remède dont on se soit servi pour la suppression de l'hémorragie. L'effet immédiat des applications caustiques est la formation d'une escarre qui, en s'étendant sur l'ouverture du vaisseau divisé, empêche l'écoulement du sang. Un coagulum se forme promptement dans l'intérieur de l'artère, dont l'extrémité s'enflamme avec rapidité; il en résulte l'épanchement d'une lymphe coagulable qui produit l'adhérence des parois du vaisseau et l'oblitération permanente de son canal. A la séparation de l'escarre, l'extrémité de l'artère se trouve dans une condition semblable à celle d'un vaisseau dont la ligature vient de se détacher immédiatement. Toutefois il arrive dans quelques cas qu'à la séparation de l'escarre, l'adhérence de l'extrémité de l'artère n'a pas encore eu lieu et que l'hémorragie se renouvelle. Les histoires des hémorragies qui ont succédé à l'emploi du caustique sont des plus effrayantes, et maintenant on n'a jamais recours à ce moyen toutes les fois qu'il est possible d'appeler à son aide les effets plus certains de la ligature ou de la compression. L'action du cautère appelé potentiel est la même que celle du cautère actuel. Plusieurs

de ces remèdes, auxquels on donne le nom de *styptiques*, ne sont par le fait que des caustiques, et leur efficacité s'explique par le même principe. Les plus célèbres de ces applications consistent dans de fortes solutions d'acides minéraux ou de substances qui sont communément employées comme caustiques.

Quoique l'application du caustique soit avec raison abandonnée dans tous les cas où il est possible d'employer la compression ou la ligature, il est cependant quelques hémorragies des petites artérioles dans lesquelles il sert efficacement. Lorsque l'écoulement du sang par les piqûres des sangsues ne peut être arrêté au moyen de la compression ou de doux styptiques, l'application du caustique, en formant une escarre sur la surface saignante, remplira, en général, cet objet; en outre, chez les sujets disposés aux hémorragies et chez lesquels la plus petite blessure est suivie par un écoulement de sang alarmant, cette même application sera quelquefois nécessaire. Dans les hémorragies abondantes qui ont lieu dans divers genres de fongus, dans les ulcères scorbutiques et après l'application des ventouses scarifiées, la transformation de la surface saignante en une escarre étendue

est quelquefois la seule manière d'arrêter l'écoulement du sang.

La compression de l'artère blessée est la première indication, et celle qui se présente le plus naturellement pour supprimer l'hémorragie. Par elle, on s'oppose sur-le-champ à l'écoulement qui se fait par l'ouverture du vaisseau : le sang se coagule à ses extrémités et dans le tissu cellulaire environnant, de manière à former des caillots qui établissent une barrière temporaire contre l'hémorragie, et qui permettent l'accomplissement des procédés par lesquels le canal du vaisseau est oblitéré d'une manière permanente.

On a employé jusqu'ici deux modes de compression dans le traitement des artères blessées. Le premier consiste à mettre en contact les bords de la plaie externe, et à appliquer ensuite des compresses sur les tégumens, au-dessus de la plaie de l'artère et dans son trajet : ces compresses sont fortement fixées par une bande circulaire. Dans la seconde méthode on introduit un morceau d'éponge, d'agaric, ou un bourdonnet de charpie dans le fond de la plaie, de manière à presser directement sur l'orifice de l'artère et à arrêter l'écoulement du

sang; la plaie externe est ensuite remplie de compresses graduées, que l'on retient dans cette position par un bandage ordinaire. La première a l'inconvénient de pouvoir effectuer l'adhérence de la plaie externe sans réunir la plaie artérielle, ou de produire l'oblitération des extrémités divisées du vaisseau, en sorte que le sang peut s'épancher dans les parties environnantes, et former consécutivement un anévrisme. Quand on adopte la seconde méthode, les compresses sont sujettes à se déplacer. Dans toutes deux, l'emploi des bandages circulaires empêche l'établissement de la circulation collatérale, et produit de la douleur et de la tuméfaction dans le membre. Lorsqu'une grosse artère est blessée dans un point où il est impossible d'appliquer la ligature, il me paraît préférable d'introduire une tente dans la plaie, qui puisse fermer l'ouverture du vaisseau, selon la manière que je viens d'indiquer.

L'éponge, la charpie ou l'agaric me paraissent également propres à remplir cet objet. Si l'hémorragie provient d'une artère logée dans un os, telles que sont les artères nourricières des os des membres après les amputations, ou les branches de l'artère alvéolaire après l'extraction d'une

dent, il est convenable et efficace de lui opposer une petite boule de cire molle. Si l'on emploie la compression après la piqûre d'une artère, et que la plaie soit très-petite, comme après une blessure de l'artère brachiale dans l'opération de la saignée, il sera nécessaire de rapprocher la plaie externe et d'appliquer des compresses sur les tégumens.

Le peu de certitude des moyens curatifs dont je viens de parler fait accorder une juste préférence à la ligature dans les blessures des artères. Dans une des parties précédentes de cet ouvrage, j'ai considéré l'opération de la ligature en général ainsi que son meilleur mode d'application : je présenterai maintenant quelques observations qui ont rapport à son emploi dans les blessures des artères.

Toutes les fois qu'une artère d'un calibre considérable est lésée, chacune des extrémités du vaisseau doit être liée aussi près que possible de la plaie de ses membranes. On sentira la nécessité de s'assurer des deux bouts de l'artère blessée, si l'on fait attention que les anastomoses sont si étendues dans toutes les parties du corps, qu'elles fournissent une quantité considérable de sang qui pourrait sortir par l'extrémité inférieure du vaisseau

blessé, et produire ainsi une hémorragie effrayante et quelquefois même funeste. Dans le cas suivant, qui m'a été communiqué par M. Lawrence, l'hémorragie, par le bout inférieur de l'artère brachiale divisée, fut suffisante pour entraîner la mort du blessé.

OBSERVATION XLIV.

Un homme amené à l'hôpital Saint-Barthélemi venait de recevoir dans une querelle un coup de poignard à la cuisse droite, et une blessure profonde à la partie inférieure et interne du bras du même côté. Immédiatement après cette dernière lésion, son bras tomba tout-à-coup et resta pendant, sans qu'il pût s'en servir. Une hémorragie abondante se manifesta sur-le-champ, et ne fut arrêtée qu'avec peine par un chirurgien qui fit la ligature du vaisseau blessé. Cet individu, à son arrivée à l'hôpital, était froid et presque privé de sentiment, ce qui engagea à lui administrer des cordiaux. Une ligature ayant été remarquée dans la plaie, et aucun écoulement de sang ne se faisant apercevoir, on se contenta de rapprocher les bords de l'incision à la manière ordinaire. Le lendemain et les jours suivans, le blessé était beau-

coup plus fort : on pouvait très-bien sentir le pouls au poignet du bras blessé, et la plaie elle-même paraissait être réunie par adhérence. Tout alla bien jusqu'au soir du sixième jour après l'accident, qu'une hémorragie survint en si grande abondance, qu'elle put traverser le lit avant d'être remarquée par le malade ou par sa garde. La plaie ayant été examinée, on ne put découvrir aucun vaisseau qui donnât issue au sang. L'hémorragie reparut le lendemain matin moins forte, mais suffisante, après l'effet débilitant des premières, pour épuiser totalement les forces vitales, et le malade mourut à midi. La ligature qu'on avait placée dans le premier moment s'était détachée la veille de la mort.

La plaie commençait à environ trois pouces au-dessus du coude, sur le devant du bras, et se continuait obliquement en bas et en dedans, dans la direction du condyle interne de l'humérus, en pénétrant dans tout son trajet presque jusqu'à l'os. Le muscle biceps était divisé, à l'exception de quelques fibres de son bord externe; une partie du brachial interne, l'artère brachiale, les veines qui l'accompagnent, et les nerfs médian et cutané interne avaient aussi été intéressés. Le

bout supérieur de l'artère divisée était oblitéré, mais l'orifice inférieur ne contenait qu'une petite portion de coagulum récemment formé, qui n'était pas adhérent d'une manière intime au vaisseau, et qui n'en remplissait pas même complètement l'ouverture.

Il est évident que, dans ce cas, les hémorragies qui entraînèrent la mort provinrent du bout inférieur de l'artère, et que conséquemment on eût dû en faire la ligature à l'instant même de l'accident.

La ligature d'une artère, à une certaine distance de la plaie de ses membranes ou d'un tronc, si c'est une branche qui a été lésée, ne met pas, en général, le blessé à l'abri des hémorragies, puisque le sang pourra s'échapper par le bout inférieur du vaisseau, comme il pourrait sortir par le bout supérieur, dans lesquels il aura pénétré par les branches qui s'ouvrent dans le tronc entre la ligature et la plaie. Quelques chirurgiens recommandent, quand une artère est divisée dans un endroit où il est difficile d'en saisir les bouts, de recourir à la ligature du tronc lui-même, dans la partie du membre où il peut être mis à découvert avec facilité. Cette pratique est faussement déduite de ce qu'on observe dans le traitement de l'anévrisme par la ligature de

l'artère à une certaine distance de la maladie; mais une connaissance plus exacte de l'état du membre après une telle opération, ainsi que des procédés qui amènent la guérison de l'anévrisme par suite de l'emploi de la méthode de Hunter, démontrera complètement l'inefficacité et le danger de ce mode de traitement pour une artère blessée, puisqu'on sait très-bien que le sang peut encore parvenir au vaisseau et le distendre au-dessous du point où il a été embrassé par une ligature. Je suis redevable à M. Henri Earle du fait suivant, qui montrera l'insuffisance de la ligature d'une grosse artère après la blessure d'une de ses principales branches.

OBSERVATION XLV.

Une femme, en tombant sur un carreau de vitre, se fit une plaie par piqûre à la partie moyenne de l'avant-bras. Une forte hémorragie qui survint ne put être arrêtée que par la compression. Une tumeur se forma graduellement, et trois semaines environ après l'accident, on s'aperçut qu'elle s'étendait au-dessous de la plaie externe, qui n'avait guère plus d'un demi-pouce de longueur, et qui était alors fermée par une

croûte. Cette tumeur avait une pulsation évidente, et la blessée, à deux reprises différentes, perdit une quantité considérable de sang à la chute de cette croûte. Une troisième hémorragie ayant eu lieu, on appliqua deux ligatures sur l'artère brachiale, à la partie moyenne du bras, et on la divisa dans l'intervalle. Un quart d'heure après l'opération, une légère pulsation était apercevable dans les artères radiale et cubitale, et au bout d'une demi-heure, cette même pulsation était très-manifeste dans la tumeur. On appliqua à sa surface des compresses trempées dans un liquide froid; ses battemens continuèrent, mais son volume n'augmenta pas. Le huitième jour après l'opération, la croûte tomba de nouveau et une hémorragie copieuse en fut la conséquence. On se détermina alors à lier l'artère à l'endroit même où elle avait été blessée. On appliqua un tourniquet au bras et l'on fit une large incision à la tumeur. Elle contenait une grande quantité de sang grumeleux, mais point de coagulum lamelleux; au fond de sa cavité, l'on trouva l'artère radiale à moitié divisée. Le tourniquet enlevé, le sang sortit en abondance par les deux extrémités de ce vaisseau. On fit la ligature de l'une et de l'autre, et l'on

effectua l'entière division de l'artère. La plaie suppura d'abord, mais ensuite elle marcha bien, et au bout de six semaines, cette femme était complètement rétablie. La pulsation de l'artère cubitale était à cette époque aussi forte que celle de la même artère dans le membre opposé : dans l'artère radiale, elle était plus obscure; mais une année après, il fut impossible de reconnaître quelque différence dans la pulsation des artères des deux bras (1).

---

(1) L'observation suivante, rapportée par M. Guthrie, démontre si fortement le danger de s'en tenir à la ligature du tronc quand une branche principale est blessée, que je ne puis m'empêcher de la rapporter.

Thomas Carryan, soldat au troisième régiment, fut blessé le 16 mai à Albuherra, à la partie interne du gras de la jambe droite, par une balle qui passa au bord externe et antérieur du tibia : une hémorragie abondante eut lieu à l'instant même, dura quelques minutes, s'arrêta et ne revint que le 15 juin. Ce jour-là, un peu de sang sortit après le pansement, et la quantité en augmentait lorsque le blessé faisait quelque mouvement : le chirurgien qui lui donnait des soins, voyant cette hémorragie, lia l'artère fémorale sur le côté externe du muscle couturier; le sang fut arrêté pendant cette journée, et le membre opéré conserva presque la même température que l'autre. Le 5 juillet, la plaie primitive avait un mauvais aspect; l'on en fit sortir fa-

Je sais que des cas se sont présentés où l'on a fait seulement la ligature du bout supérieur de l'artère blessée sans que, pour cela, il en soit résulté une hémorragie par le bout inférieur (1). Sûrement cette der-

---

cilement par la pression un peu de sang coagulé ; le 6, la plaie en rendit une plus grande quantité ; le 7, le mouvement pour se servir du pot-de-chambre fut suivi de l'écoulement d'un filet de sang artériel, qui s'arrêta en serrant avec précaution le tourniquet. Le membre fut amputé au-dessus des ligatures de l'artère ; la dissection montra que l'artère tibiale antérieure avait été détruite dans une certaine étendue, et que les muscles de la partie postérieure de la jambe étaient dans un état presque gangreneux. Un autre fait s'est offert, qui a eu absolument la même terminaison : la plaie était à l'avant-bras, et l'on avait fait la ligature de l'artère brachiale. (*New Medical and Physical Journal*, vol. IV, p. 181.)

(1) *Voyez* BELL, *Principles of Surgery*, vol. I, p. 187. Depuis l'impression de cette partie, j'ai reçu une lettre du docteur Macartney, professeur d'anatomie à l'université de Dublin, qui m'engage à insérer les résultats suivans de son expérience comme propres à fortifier les observations précédentes : « J'ai vu plusieurs exemples de ligature appliquée à un tronc artériel ne servir à rien contre la blessure d'une de ses branches, et les blessés, après un grand nombre d'efforts infructueux pour arrêter l'hémorragie, ont souvent perdu leur membre et quelquefois la vie. La pratique de lier le tronc de préférence à la branche lésée semble être due aux succès qui

nière avait été oblitérée par les procédés de la nature.

Il arrive quelquefois, quand une hémorragie reparaît de nouveau, plusieurs jours après qu'on s'est rendu maître, par la compression, de l'écoulement de sang, qui reconnaissait pour cause la division d'une artère, qu'un des bouts du vaisseau est encore perméable, tandis que l'autre s'est oblitéré spontanément. On a vu des cas où le bout supérieur s'était oblitéré par les seules forces de la nature; mais ces mêmes forces avaient été insuffisantes pour l'oblitération du bout inférieur par lequel on vit survenir des hémorragies sérieuses (1). Quand l'écoulement du

---

suivent l'opération moderne de l'anévrisme; mais l'histoire de cette maladie doit plutôt nous instruire de l'insuffisance de la ligature du tronc pour détruire la circulation dans ses branches, et nous démontrer en même temps la nécessité de placer une ligature sur chaque bout de la branche artérielle divisée.

(1) J. Barnes, soldat du vingt-neuvième régiment, reçut le 16 mai, à la bataille d'Albuhera, une balle de mousquet à la jambe droite, derrière et au-dessus du genou, de haut en bas et en dedans, près les condyles du fémur, et dans la direction de l'artère fémorale devenue poplitée. La plaie répandit du sang en abondance pendant quelques minutes, et le blessé

sang par une artère blessée est arrêté au moyen de la ligature du tronc à une certaine distance de la plaie, il est probable que la diminution de la force de la circulation aux extrémités du vaisseau lésé permet l'accomplissement de procédés curatifs qui n'auraient pu s'effectuer pendant que les parties étaient exposées à l'impulsion non diminuée du sang en circulation. Quoiqu'il

---

crut en avoir perdu près d'une livre. L'hémorragie s'arrêta ; le blessé fut pansé à la manière ordinaire, et resta deux jours sur le champ de bataille ; il fut ensuite conduit à Valverde, à neuf milles de là, par de mauvais chemins, et à épaules d'hommes, sur une couverture transformée en brancard. Le chirurgien regarda d'abord sa blessure comme légère ; mais s'étant aperçu que ses orteils étaient dans un état de mortification, il vit bien qu'elle était plus sérieuse qu'il ne l'avait cru, et me pria en conséquence de l'examiner. Dans la soirée du 3 juin, dix-huit jours après l'accident, cet individu fut placé sur un charriot pour être évacué, avec le reste des blessés, sur Elvas. La mortification avait cessé de faire des progrès, et la ligne de séparation entre le mort et le vif était établie. Peu après que les charriots se furent mis en mouvement, j'eus le chagrin d'apprendre qu'une hémorragie s'était déclarée par la plaie : il me parut évident qu'elle provenait de l'artère poplitée, et comme l'écoulement du sang avait lieu d'une manière lente, je supposai qu'il se faisait par l'extrémité inférieure divisée. La situation de la plaie rendant la dissection difficile, et

soit possible, après la ligature de l'extrémité supérieure d'une artère blessée, qu'il survienne spontanément une oblitération de l'extrémité inférieure propre à prévenir toute hémorragie de ce côté, néanmoins il est prudent de ne pas se reposer sur cette possibilité. En conséquence, une règle générale de pratique est de lier les deux bouts du vaisseau aussi près que possible de la plaie

---

le pied étant perdu en partie, je me déterminai à l'amputation au-dessus du genou, et je la pratiquai à Olivença. J'eus soin de me faire envoyer à Elvas le membre amputé pour l'examiner à loisir. Je suivis avec soin le trajet de la plaie, et trouvai dans son fond un peu de sang coagulé, sans pouvoir découvrir néanmoins l'ouverture du vaisseau. Une sonde introduite dans l'extrémité amputée de l'artère fut arrêtée un pouce avant d'être parvenue à la surface ulcérée, et en la passant dans l'autre extrémité, elle fut arrêtée exactement au milieu du trajet de la balle par un corps placé en travers de l'ouverture du vaisseau. Un examen attentif fit voir que la pointe de la sonde était engagée dans une partie du cercle de l'artère, qui était trop étroit pour la laisser passer, et par laquelle néanmoins l'hémorragie avait dû avoir lieu. Les extrémités divisées, alors oblitérées, étaient à un pouce l'une de l'autre; chaque portion offrait un point d'ulcération qui la terminait et qui s'ouvrait dans son canal. La portion supérieure ou fémorale, dans l'étendue de près d'un pouce, était remplie par un coa-

de ses membranes, toutes les fois qu'il y a lésion d'une artère assez grosse pour faire craindre une hémorragie considérable.

La difficulté de comprimer une artère piquée, de manière à placer ses bords lésés dans un état de contact parfait, sans oblitérer le canal du vaisseau, est tellement grande, que rarement on peut guérir la plaie en conservant la continuité du tube. L'adoption de

---

gulum consistant qui fermait son ouverture. Le vaisseau était contracté et diminuait graduellement comme le col d'une bouteille de Bordeaux ; une couche de ce même coagulum recouvrait l'ouverture du vaisseau et les parties voisines, et semblait avoir un commencement d'organisation ; la veine était divisée et fermée de la même manière. Je pense que tout cela montre assez clairement les procédés employés par la nature pour guérir, sans être aidée par l'art, une grosse artère tout-à-fait divisée. La portion inférieure ou poplitée était très-remarquable : la substance qui la fermait me parut l'avoir oblitérée complètement pendant un temps, et s'être ensuite ouverte par l'effet des rudes secousses du charriot dans l'endroit dont j'ai parlé. Ce point était peu considérable, quoique les parois de l'artère ne se fussent pas rapprochées. Il y avait par-derrière un peu de coagulum mou ; et si le blessé eût gardé le repos, je pense que le vaisseau fût resté fermé. (GUTHRIE's, *Observations and cases of gunshot wounds, in the New Medical and Physical Journal*, vol. IV, p. 177.)

ce traitement doit faire en outre redouter la chance d'une hémorragie ou la formation d'un anévrisme, et il est bien plus sûr de se mettre à l'abri de tous ces accidens en recourant à la ligature du vaisseau. On n'obtient aucun avantage en conservant la liberté du canal artériel, puisqu'il est maintenant prouvé que toutes les parties du corps sont susceptibles de l'établissement d'une circulation collatérale, et qu'en général, un membre sain n'a pas à redouter la privation de la quantité de sang nécessaire à sa nourriture après la ligature de sa principale artère.

Dans la partie précédente de cet ouvrage, j'ai fait mention des circonstances qui peuvent empêcher l'établissement de la circulation collatérale à la suite de l'opération de l'anévrisme; les mêmes observations sont applicables à la condition du membre après la ligature d'une artère blessée. On doit reconnaître toutefois que la mortification du membre arrive plus souvent après la ligature d'une artère blessée, que quand une artère a été liée pour la guérison d'un anévrisme. Cette circonstance paraît quelquefois dépendre, dans le premier cas, de la lésion simultanée des parties environnantes, et plus particulièrement de celle des veines et des nerfs;

dans d'autres cas, elle peut provenir de la débilité produite par une perte excessive de sang ou du défaut de soins et de repos après l'accident. Quand la plaie dans le trajet de laquelle l'artère principale a été divisée est d'une telle étendue qu'il y a eu en même temps destruction des branches d'anastomoses les plus importantes, il est par le fait impossible que la circulation collatérale puisse s'établir. J'ai vu un cas où la mortification de l'avant-bras a été la suite de la division de l'artère brachiale par une plaie profonde qui commençait à la partie inférieure et interne du bras, se portait en arrière, et occupait transversalement toute l'étendue de sa partie postérieure; mais dans un autre cas, où l'artère brachiale ainsi que toute la partie antérieure du bras avaient été divisées, on parvint à conserver le membre. Chez ce dernier blessé, les principaux canaux d'anastomoses n'avaient pas souffert, tandis que chez le premier, la direction toute opposée de la blessure avait sûrement causé leur oblitération.

SECTION II.

Des Anévrismes résultans de la blessure des artères.

Quand une artère est blessée et que la plaie faite aux tégumens est rapprochée par la compression, de manière à empêcher l'hémorragie au dehors, il arrive quelquefois que le sang s'épanche en grande quantité dans le tissu cellulaire qui environne l'artère et qui unit les diverses parties du membre : de là résulte cette variété de la maladie qu'on nomme *anévrisme diffus*. Lorsqu'une artère a été lésée par un instrument qui a passé obliquement dans le membre, en sorte que la plaie de l'artère n'est pas en rapport avec celle des tégumens, ou quand une artère est déchirée par une extension violente, ou bien encore quand elle est lacérée par l'extrémité d'un os fracturé, il survient quelquefois un anévrisme diffus. Dans d'autres cas aussi cet accident est le résultat de la rupture d'un sac anévrismal au-dessous des tégumens (1).

---

(1) J'ai vu deux fois des anévrismes diffus être produits par la rupture d'anévrismes de l'aorte. Dans le premier

Un anévrisme diffus est une ecchymose qui provient d'une grosse artère : la rapidité et l'étendue de l'extravasation sont en raison du volume du vaisseau et de la largeur de la plaie faite à ses parois. Dans quelques cas, on a vu le tissu cellulaire de tout le membre être injecté de sang et la mortification survenir au bout de quelques heures ; d'autres fois la résistance des parties environnantes a limité l'extravasation, et l'hémorragie a été arrêtée par la coagulation du sang et la formation d'un caillot sur l'orifice de l'artère.

Le traitement de l'anévrisme diffus doit être le même que celui d'une plaie artérielle récente accompagnée d'une hémorragie externe. La seule différence entre ces deux cas est que, dans le dernier, le sang coule à l'extérieur, tandis que, dans le premier, il s'in-

---

de ces cas, le sac s'ouvrit dans le médiastin; dans le second, ce fut dans le mésentère. Dans tous les deux, le tissu cellulaire de ces parties était injecté d'une grande quantité de sang. Les malades survécurent quelque temps à la rupture des sacs anévrismaux, et les symptômes qu'ils éprouvèrent indiquèrent le moment précis où cet accident était survenu. A la fin, la plèvre s'ouvrit chez le premier, et le péritoine chez l'autre, et des hémorragies funestes dans les cavités de l'abdomen et du thorax en furent les conséquences.

filtre dans le tissu cellulaire. Dans un anévrisme diffus, on doit donc lier les deux bouts du vaisseau aussi près que possible de la plaie de ses parois. Toutefois, cette opération est assez souvent accompagnée de grandes difficultés, parce que le sang extravasé déplace les parties environnantes, et que l'ouverture du vaisseau blessé est cachée par le tissu cellulaire rempli de sang. Après avoir divisé les tégumens et épongé le sang, l'opérateur cherchera la plaie de l'artère, dans laquelle il introduira une sonde, pour pouvoir détacher plus aisément le vaisseau des parties environnantes. Les deux extrémités artérielles étant liées, on doit, par la pression, faire sortir le sang du tissu cellulaire dans lequel il a fusé, afin de diminuer autant que possible l'étendue de la suppuration qui accompagne en général ces sortes de lésions.

J'ai fait observer, dans la dernière section, que lorsqu'une artère est piquée ou divisée partiellement, l'hémorragie s'arrête quelquefois par la formation d'une couche de coagulum sur l'orifice du vaisseau, et que les bords du vaisseau lésé sont subséquemment réunis par un épanchement de lymphe, de la même manière que les plaies des parties molles, en

général, sont guéries par l'inflammation adhésive. Ce mode de réparation, qui conserve la continuité du tube, a lieu plus facilement quand l'artère est blessée dans une direction longitudinale, que lorsque la plaie est transversale ou oblique. On doit attribuer cette disposition à ce que, dans les deux derniers cas, la rétraction de l'artère oblige l'orifice de ses membranes à prendre une forme circulaire, en conséquence de quoi l'épanchement de lymphe est plus grand que lorsque les bords de la plaie sont dans un état de contact (1). La lymphe épanchée de cette manière par les bords de l'artère blessée, ne paraît pas avoir la même force que les tissus naturels du tube pour résister à l'impulsion du sang en circulation : en effet, il arrive parfois, quelques jours ou quelques semaines après l'accident, que cette lymphe est déchirée ou enlevée de l'orifice de l'artère, de sorte que le sang entre en contact avec les parties environnantes et les distend graduellement en forme de sac anévrismal. Il paraît probable aussi que, dans quelques cas, la lymphe est d'abord dilatée en forme de petite poche qui finit par s'ouvrir, et qu'alors les parties

---

(1) *Voyez* JONES, *on Hæmorrhage*, p. 114.

environnantes forment le sac, ainsi que nous venons de le dire. Dans l'un et l'autre de ces cas, il en résulte également la formation d'un anévrisme circonscrit (1).

L'absence des procédés curatifs par lequels la nature effectue l'oblitération d'une artère divisée, peut donner lieu aussi à la formation d'un anévrisme circonscrit. Quelques jours après l'accident, la réunion de la plaie externe empêche le sang de passer dans le tissu cellulaire pour former un anévrisme diffus; mais si, à cette époque, l'adhérence de l'extrémité du vaisseau divisé n'est pas accomplie, l'impulsion du sang contre les parties qui environnent immédiatement l'artère les séparera graduellement et les distendra en forme de sac anévrismal. Quand une artère est blessée, on emploie quelquefois la compression pour arrêter la circulation dans le vaisseau jusqu'à ce que la plaie externe soit réunie. Lorsque cet objet est rempli, l'on cesse la

(1) Les anévrismes provenant des artères blessées ont été nommés *anévrismes faux* ou *supposés*. Quand l'épanchement est diffus, on l'a nommé *anévrisme faux diffus*; lorsqu'il est circonscrit, *anévrisme faux circonscrit*. Les auteurs français nomment le premier *anévrisme faux primitif*, et le second *anévrisme faux consécutif*.

compression ; mais alors, si l'adhérence de l'extrémité du vaisseau n'est pas assez forte pour résister à l'impulsion du sang en circulation, il en résulte un commencement d'anévrisme. Dans quelques cas, la formation d'un anévrisme a été la suite de mouvemens imprudens du membre aussitôt après l'accident, mouvemens qui ont déchiré l'adhérence de l'extrémité du vaisseau ; tandis que d'autres fois, l'anévrisme a été la conséquence de l'ulcération ou de la suppuration de l'extrémité de l'artère blessée. Quand une artère est blessée par une balle de mousquet, l'hémorragie est quelquefois très-peu considérable à l'instant même, et la plaie externe se réunit à la maniere ordinaire. Au bout de quelque jours, une escarre se sépare de l'artère, et la plaie externe se trouvant adhérente, le sang entre en contact avec les parties environnantes et les distend en forme de sac anévrismal. La même chose arrive quelquefois à la séparation de l'escarre formée par le passage d'une balle dans le voisinage de l'artère, quoique les membranes du vaisseau n'aient pas été blessées à l'instant de l'accident (1). La formation d'un anévrisme

(1) Un cas d'anévrisme provenant d'une plaie d'arme

circonscrit est aussi, dans certains cas, la conséquence du déchirement d'une artère par un exercice violent, ou de sa blessure par l'extrémité d'un os fracturé (1).

Ce genre d'anévrisme est le plus souvent produit par une plaie de l'artère brachiale dans l'opération de la saignée. On cite toutefois des exemples d'anévrismes circonscrits dus à des blessures de presque toutes les artères des membres. Guattani (2) et M. Pelletan (3) rapportent des observations dans lesquelles les anévrismes paraissent avoir été la suite de blessures de l'aorte par des coups d'épée.

Toutes les fois qu'une artère est blessée, il est plus sûr d'employer la ligature que de s'en rapporter à l'espoir incertain d'oblitérer le vaisseau, ou de produire la réunion de ses bords divisés au moyen de la compression.

à feu à la cuisse, est rapporté par Desault, Journal de Chirurgie, t. II, p. 112.

(1) Des exemples d'anévrismes dus à des artères blessées par des os fracturés, sont rapportés par White, *Cases in Surgery*, p. 141. — Par BELL, *Principles of Surgery*, vol. 1, p. 337, 368. — Par PELLETAN, Clinique chirurgicale, t. 1, p. 178.

(2) *De externis Aneurismatibus*, hist. XXVI, p. 102.

(3) Clinique chirurgicale, t. 1, p. 92.

Cependant, quand on a recours à la compression, on doit la continuer quelque temps encore après la réunion de la plaie externe, pour fortifier la lymphe qui ferme l'ouverture du vaisseau. Si une grosse artère a été blessée, l'hémorragie abondante qui en est ordinairement la suite diminue la force de la circulation, et permet l'accomplissement des premiers procédés qui servent à sa suppression. En peu de temps, la force de la circulation renaît, et si la lymphe n'a pas encore acquis la densité suffisante pour résister à son impulsion, il peut arriver qu'elle soit déchirée ou dilatée en forme de sac anévrismal. Il faut en conséquence modérer la force de la circulation, pendant quelque temps après l'accident, par les saignées et la diète, et pourvoir au danger du déchirement de l'adhérence au moyen d'une tranquillité parfaite (1).

Le sang dépose des couches de coagulum dans les sacs anévrismaux provenant des artères blessées, et cette variété de la maladie se guérit quelquefois spontanément de la même manière que les anévrismes qui sont dus à une condition morbide des membranes du vaisseau. Cet évènement eut lieu dans le

(1) *Voyez* Jones, *on Hæmorrhage*, p. 119.

cas suivant, qui s'est présenté, il y a peu d'années, dans la pratique de mon ami le docteur Gooch.

OBSERVATION XLVI.

Un enfant âgé de neuf ans tomba en tenant sous son bras un plat de terre, dont un long fragment pointu lui perça l'aisselle gauche. Il fut à l'instant couvert de sang et eut une faiblesse. Le chirurgien que l'on appela se contenta de panser l'aisselle, et au bout de quelques jours, ayant enlevé l'appareil, il trouva la plaie guérie. Il y avait toutefois dans le fond de la plaie une petite dureté accompagnée de battement. La pulsation et la tumeur augmentèrent par degrés, et en quelques semaines la tumeur acquit un tel volume qu'elle faisait une saillie hors du creux de l'aisselle. Elle s'arrêta alors, devint solide et diminua ensuite graduellement. Huit mois après l'accident, la pulsation y était à peine perceptible, et le pouls était extrêmement faible au poignet. La tumeur finit par perdre entièrement ses battemens. Dix-huit mois après il n'en restait plus aucun vestige, et l'enfant avait recouvré l'usage ainsi que la force de son bras(1).

(1) Un cas d'anévrisme provenant d'une artère bles-

Un anévrisme dû à la piqûre d'une artère se remplit quelquefois d'un coagulum lamelleux qui ferme l'orifice de communication entre l'artère et le sac, d'où résulte la guérison de la maladie sans oblitération du canal du vaisseau. Le coagulum est absorbé, le sac se contracte, et l'orifice de l'artère ne peut plus désormais se rouvrir. Ce mode de guérison des anévrismes arrivant dans les cas de piqûre d'artères, est semblable à celui que j'ai décrit comme ayant lieu quelquefois dans les anévrismes produits par une condition morbide du vaisseau, et je renvoie le lecteur, pour avoir de plus amples détails à cet égard, à la section de la guérison spontanée de l'anévrisme.

Saviard (1), Petit (2), Foubert (3), Scarpa (4) et Jones (5), rapportent des observations qui viennent à l'appui de ce mode de

---

sée qui s'était guérie spontanément, est rapporté par Blagden, *in medical Facts and Experiments*, vol. II, pag. 48.

(1) Observations de Chirurgie, obs. LXI.

(2) Traité des Maladies chirurg., t. III, p. 218, 220.

(3) Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie, t. II, p. 542, 543.

(4) Réflex. et Observ. anat.-chirurg. sur l'Anév., par A. Scarpa, trad. par Delpech, p. 375-376 et suiv.

(5) *Treatise on Hæmorrhage*, chap. II, sect. I, expér. VIII.

guérison pour les anévrismes qui sont le résultat de la blessure des artères. Dans quelques-uns des faits rapportés par ces écrivains, les sacs étaient remplis d'un coagulum consistant qui fermait l'ouverture de l'artère sans s'étendre dans son canal. Scarpa a une fois observé que les bords de la plaie de l'artère s'étaient réunis, et qu'il existait même une ligne de cicatrisation assez apparente. Le coagulum sorti, par cette voie, du canal du vaisseau, formait une petite tumeur adhérente à son côté externe (1). Cependant il est probable, toutes les fois qu'un anévrisme provenant d'une artère blessée dans une certaine étendue ou complètement divisée, se guérira spontanément, qu'il y aura oblitération du canal du vaisseau.

Les mêmes modes de traitement doivent être adoptés dans les anévrismes qui dépendent de la blessure des artères que dans ceux qui sont la conséquence d'une condition morbide des membranes du vaisseau. La diminution de la force de la circulation par la saignée, la diète et le repos peut être employée avec avantage pour favoriser la gué-

---

(1) Réflex. et Observ. anat.-chirurg. sur l'Anévrisme, trad. par Delpech, p. 375.

rison spontanée des anévrismes dus aux blessures artérielles. Sabatier rapporte l'histoire d'un anévrisme à l'aisselle produit par un coup d'épée, qui fut guéri radicalement par l'exacte observation de ce traitement débilitant (1).

La compression a été fortement recommandée dans le traitement des anévrismes circonscrits qui résultent des blessures des artères, et l'on cite de nombreuses observations dans lesquelles ce moyen a été employé avec avantage. Les ouvrages de chirurgie abondent en descriptions d'instrumens inventés pour la compression de ce genre d'anévrisme, et qui sont destinés à empêcher le passage du sang par la plaie artérielle. L'examen du plus grand nombre des cas dans lesquels on prétend que ce moyen a effectué la guérison de la maladie, m'a pleinement convaincu que l'on ne pouvait pas plus compter sur ce mode de traitement dans les anévrismes provenant des artères blessées que dans ceux qui dépendent d'une condition morbide des membranes du vaisseau ; et d'après les observations consignées dans la première partie de cet ouvrage, je pense que très-rarement la compression

(1) Médecine opératoire, t. III, p. 170.

peut amener la guérison parfaite de cette affection. Toutefois, lorsque le travail de la guérison spontanée commence, et que le coagulum s'accumule dans le sac, la compression, en fortifiant davantage les parties contre l'impulsion du sang en circulation, peut prévenir l'accroissement de la tumeur. Foubert rapporte un cas d'anévrisme de l'artère brachiale dans lequel le travail de la guérison spontanée se fit convenablement tout le temps qu'on employa la compression. Le malade se lassa de son bandage et le quitta : dès-lors la tumeur fit des progrès si rapides qu'il fallut recourir à l'opération (1). Saviard dit que chez un autre malade la tumeur, après être restée stationnaire pendant vingt ans, commença ensuite à faire des progrès et exigea l'opération (2).

Dans tous les genres d'anévrismes, la ligature de l'artère est le moyen curatif le plus efficace, toutes les fois que la situation de la maladie rend l'opération praticable. Pour les anévrismes qui dépendent de la blessure des artères, l'ancienne méthode d'ouvrir le sac,

---

(1) Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie, t. II, p. 540.

(2) Observations de Chirurgie, obs. LXI.

et de lier dans cet endroit les deux bouts du vaisseau, est recommandée et même pratiquée de nos jours par plusieurs chirurgiens. Je ne puis m'empêcher de blâmer cette conduite, car je ne vois ici nulle raison qui s'oppose à la ligature de l'artère à une certaine distance du siége de l'affection, comme on le fait pour les anévrismes qui dépendent d'un état morbide des parois du vaisseau. La nécessité de lier les deux bouts de l'artère blessée dans les anévrismes diffus a probablement fait penser qu'on devait en agir de même dans les anévrismes circonscrits provenans de la blessure des artères. Néanmoins, la différence qui existe dans les deux cas indique une différence importante dans leur traitement. Dans les anévrismes diffus, après la ligature du bout supérieur de l'artère, le sang qui sort par son bout inférieur peut se répandre dans le tissu cellulaire environnant, tandis que la condition d'un anévrisme circonscrit, produit par la blessure d'une artère, est semblable à celle d'un anévrisme déterminé par la destruction des membranes du vaisseau au moyen d'une cause interne. Dans les deux cas, la diminution de la force de la circulation dans la poche anévrismale, en conséquence de la ligature de l'artère à une cer-

taine distance de la maladie, amènera inévitablement dans le sac les changemens nécessaires à l'accomplissement de la guérison. L'ouverture de la cavité d'un kyste anévrismal causé par la lésion d'une artère sera suivie, en général, d'une suppuration abondante et même de son ulcération : en un mot, on pourra objecter contre cette pratique toutes les raisons déjà émises contre l'ancienne opération de l'anévrisme, si ce n'est que, dans le cas qui nous occupe maintenant, les membranes du vaisseau ne sont pas exposées à ces altérations morbides généralement observées dans les artères devenues le siége d'anévrismes par cause interne. Il suffira de renvoyer aux observations sur des anévrismes dépendans de la blessure des artères qui ont été guéris par la ligature du vaisseau au-dessus de la tumeur, sans l'ouverture du sac, pour démontrer que les principes de l'opération moderne peuvent s'appliquer avec autant de succès aux deux variétés de cette maladie (1). Le traitement chirurgical des anévrismes circonscrits

(1) Des observations sur des anévrismes dépendans d'artères blessées, qui ont été guéris par la ligature du vaisseau au-dessus de la tumeur et sans l'ouverture du sac, sont rapportées par ANEL, à la suite de la nouvelle Méthode

provenant des artères blessées sera donc le même que celui des anévrismes circonscrits qui dépendent de toute autre cause.

Les observations contenues dans cette section et dans la précédente me paraissent justifier les préceptes suivans :

1°. Toutes les fois qu'une artère, assez grosse pour produire une hémorragie dangereuse, est blessée, il est à propos de lier les deux bouts du vaisseau aussi près que possible de la plaie de ses parois.

2°. La ligature du bout supérieur d'une artère blessée ou du tronc, quand c'est une branche qui a été lésée, ne mettra pas le malade à l'abri de l'hémorragie qui peut avoir lieu, soit par le bout inférieur du vaisseau, soit même par le bout supérieur, dans lequel le sang peut se rendre en parcourant les canaux d'anastomoses qui s'ouvrent dans le tronc, entre la ligature et la plaie.

3°. Dans les anévrismes diffus, la ligature des deux extrémités de l'artère est aussi nécessaire que lorsque l'hémorragie a lieu extérieurement par une artère blessée.

---

de guérir les fistules lacrymales, p. 251. — Par Freer, *Observations on aneurism*, p. 54. — Par Pelletan Clinique chirurgicale, t. 1, p. 178.

4°. Enfin, dans les anévrismes circonscrits provenans des artères lésées, il est inutile d'ouvrir le sac et de lier les deux bouts du vaisseau dans cet endroit, parce que la ligature de l'artère, à une certaine distance de la tumeur, produira aussi efficacement la guérison de ce genre d'anévrisme que de celui qui est la conséquence d'un état morbide des parois artérielles.

SECTION III.

Varice anévrismale et Anévrisme variqueux.

Quand une veine est percée par un instrument tranchant qui divise en même temps l'artère soujacente, de manière à former une communication directe entre les deux vaisseaux, communication par laquelle le sang passe de l'artère dans la veine, et dilate cette dernière comme un sac, on donne à la maladie le nom de *varice anévrismale.*

Cette affection est caractérisée par une petite tumeur bleuâtre, circonscrite, formée par une veine dilatée, ayant un mouvement particulier, et accompagnée d'un bruissement qui dépend du passage du sang par une ouverture étroite de l'artère dans la veine

dilatée. En général, cette tumeur n'est pas plus grosse qu'une noix muscade, et elle est compliquée d'un état variqueux des veines environnantes, qui s'étend à une légère distance vers la partie supérieure du membre. Elle disparaît entièrement par la pression, et quand le membre est élevé de manière à favoriser le retour du sang veineux vers le cœur, son volume diminue ainsi que sa pulsation; mais lorsque le membre est pendant, ou lorsque la pression a lieu dans le trajet de la veine au-dessus de la tumeur, elle augmente alors de volume, et peut acquérir à l'extérieur une grosseur considérable. Quand la veine est comprimée au-dessous de la tumeur, sa pulsation et son volume ne diminuent pas. Quand l'artère est comprimée au-dessus de la tumeur, la pulsation cesse immédiatement et ne revient qu'à l'instant où la compression est interrompue. Le tronc de l'artère, au-dessus de la varice, est considérablement élargi, et ses pulsations sont plus fortes que celles du membre opposé; mais la pulsation des artères au-dessous de la tumeur est plus faible que dans les vaisseaux correspondans de l'autre côté du corps.

La dilatation de l'artère au-dessus de la tumeur paraît être l'effet de cette propriété

en vertu de laquelle le volume des artères s'adapte à celui des parties qu'elles sont destinées à nourrir. La quantité de sang qui, à chaque pulsation du cœur, passe dans la veine par la plaie faite à l'artère, est autant de pris sur celle qui est destinée à la nourriture du membre. Pour compenser cette quantité de sang qui sort par la plaie de ses parois, l'artère principale se dilate de la même manière que lorsqu'elle doit nourrir une tumeur contre nature.

Il est évident que la varice anévrismale peut survenir dans toutes les parties du corps où une artère est en contact immédiat avec une veine; mais son siége le plus fréquent est au pli du bras, à la suite d'une saignée mal faite. A l'exception des deux cas que je vais rapporter, je n'en connais qu'un seul autre où cette maladie ait existé ailleurs qu'au pli du bras.

On ne doutera pas, je pense, que dans les observations qui suivent, cette maladie n'ait eu réellement son siége aux extrémités inférieures. La première m'a été communiquée par M. Barnes d'Exeter; j'ai eu occasion de recueillir la seconde.

OBSERVATION XLVII.

Le fils d'un maréchal ferrant, âgé de dix-sept ans, étant au travail, se retourna tout-à-coup, et s'enfonça assez profondément, à la partie supérieure de la cuisse, l'extrémité pointue d'une verge de fer presque rouge. L'hémorragie violente qui se déclara immédiatement fut arrêtée par un des ouvriers, qui comprima fortement avec ses doigts l'orifice de la plaie. Un chirurgien, appelé, en prévint le retour par l'application d'une compresse et d'une bande serrée autour du membre. Ces applications, continuées pendant deux mois, produisirent la guérison de la plaie. Dix semaines après l'accident, une tumeur d'une couleur pourpre, ayant trois pouces environ de diamètre, et n'étant guère élevée au-dessus de la peau environnante, se manifesta immédiatement sur l'artère fémorale, à quatre pouces au-dessous du ligament de Poupart. Cette tumeur, plus molle à son centre qu'à sa circonférence, était par-tout compressible. Ses pulsations correspondaient avec celles de l'artère radiale au poignet; elles offraient un mouvement vibratoire particulier qui s'étendait à quelque distance, tant au-dessus qu'au-dessous de la tumeur, mais

plus particulièrement en haut, vers la région inguinale, où il devenait très-distinct. Ce mouvement particulier faisait aussi entendre une espèce de bourdonnement ou plutôt de sifflement qui correspondait avec la pulsation des artères.

Les symptômes étaient si particuliers et le bruit tellement semblable à celui que décrit le docteur Hunter, c'est-à-dire à celui que produit l'air en passant par une petite ouverture ou au son de la lettre *R* long-temps prolongé dans la bouche de quelqu'un qui chuchote (1), qu'on ne pouvait guère douter que ce ne fût une varice anévrismale produite par l'introduction d'une verge de fer pointue à travers la veine et l'artère fémorales.

Le jeune garçon ne se plaignait pas de froid dans le membre, qui, en effet, au toucher, avait la même température que l'autre. Il ne s'en était pas servi depuis l'accident, ayant toujours maintenu sa jambe dans une position horizontale et dans une grande tranquillité, par la frayeur excessive qu'il avait eue alors de perdre autant de sang. Il craignait que le mouvement ne lui occasionnât une nouvelle

---

(1) *Medical observations and inquiries*, vol. II, p. 403.

hémorragie. Il se plaignait souvent d'une douleur au talon, s'étendant jusqu'au jarret, le long du côté externe de la jambe. On ne découvrait au jarret ni pulsation ni sifflement. Le bruit était plus distinct lorsqu'on plaçait l'oreille sur la tumeur, à l'endroit où le fer avait pénétré. Il était aussi très-sensible à trois ou quatre pouces au-dessus de la tumeur, mais à peine pouvait-on l'entendre au-dessous. Il fut décidé dans la consultation que le blessé porterait un bandage lacé tout le long de la cuisse, et sur la tumeur une forte plaque de liége recouverte de cuir. Le bandage devait être graduellement serré, et le membre exercé modérément. Au bout d'un mois de ce traitement, ce garçon put se servir de sa jambe et marcher assez bien. La tumeur était un peu diminuée et la pulsation n'était plus si violente. Il quitta l'hôpital, et on lui conseilla d'apprendre un métier moins fatigant que celui de maréchal ferrant.

OBSERVATION XLVIII.

Un dragon, dans une affaire aux Indes orientales, reçut au jarret droit une balle de pistolet. Une hémorragie abondante remplit à l'instant sa botte de sang, et il tomba

en faiblesse. Transporté dans sa tente, on appliqua un peu de charpie sur sa blessure, et après l'action, on y plaça un cataplasme. Au bout de quelques jours, on fit l'extraction de plusieurs morceaux de bourre : la balle était sortie du côté du genou. Dix jours après, on observa une tumeur pulsative au jarret, qui continua à faire des progrès pendant quelque temps. Elle diminua ensuite et arriva au volume que je lui vis, dix-huit mois après l'accident. Il y avait alors à la partie inférieure du jarret une tumeur aplatie, compressible, molle, accompagnée de pulsation, ou plutôt d'une sorte de tremblement et faisant entendre une espèce de sifflement ou de bruissement. Elle n'était pas si grosse qu'un œuf, et, suivant le rapport du blessé, elle était demeurée dans cet état depuis plus de seize mois. Je fis appliquer une bande ordinaire autour du genou, et pendant tout le temps que je donnai des soins à cet homme, il ne survint aucune altération dans la tumeur.

Je suis porté à croire que ce cas était une varice anévrismale, premièrement à cause du tremblement particulier de la tumeur et du bruit qui accompagnait ses pulsations, et ensuite parce qu'elle restait stationnaire : cette dernière circonstance est en effet très-rare

dans les anévrismes, et surtout dans ceux qui ont leur siége au jarret. L'hémorragie paraît s'être arrêtée dans le premier moment par les procédés de la nature : il est probable que l'artère et la veine s'ulcérèrent consécutivement, et qu'il se forma de cette manière une communication entre les deux vaisseaux.

Sabatier(1), MM. Richerand (2) et Boyer(3) font mention d'un cas de varice anévrismale produite par un coup d'épée qui blessa l'artère et la veine poplitées. La préparation anatomique fut donnée à l'Académie de Chirurgie avec l'observation, qui n'a pas été publiée (4).

---

(1) Médecine opératoire, t. 1, p. 417.

(2) Dictionnaire des Sciences médicales, art. *Anévrisme variqueux.*

(3) Traité des Maladies chirurgicales, t. II, p. 177. Scarpa parle de ce cas, comme étant rapporté par Lassus. (*De la Médecine opératoire*, etc., par Pierre Lassus, tome II, page 443.) Il est mentionné par Sabatier, auquel Scarpa renvoie; Sabatier ne dit pas que Lassus en ait donné la description. Selon M. Boyer, il a été observé par M. Larrey, chirurgien distingué de Toulouse. J'en conclus que MM. Scarpa et Boyer ont voulu parler du même fait.

(4) M. le baron Larrey dit (*Mém. de chirurgie mili-*

taire, tom. IV, pag. 340), que son oncle, directeur de l'École de Médecine de Toulouse, alors chirurgien-major à l'hôpital de cette ville, a vu un anévrisme variqueux produit par la lésion de la veine et de l'artère poplitées. La pièce et l'observation furent envoyées à l'Académie royale de Chirurgie. « La tumeur variqueuse, du volume des deux poings, occupait tout le jarret chez un homme de moyen âge qui avait reçu, quelques années auparavant, un coup d'épée dans cette région. L'amputation de la cuisse, jugée nécessaire par une consultation de chirurgiens, fut pratiquée avec succès.

» L'artère poplitée présentait, dans le fond de la poche variqueuse, une ouverture assez considérable, éraillée dans les trois quarts de sa circonférence, et continue, par une petite portion, à la partie inférieure oblitérée. Le sac, mince et transparent, était évidemment formé par la veine poplitée, dont les deux bouts correspondans à ce renflement variqueux étaient très-dilatés, surtout le bout inférieur, de manière que le tronc de la veine formait avec cette poche une espèce d'entonnoir. Le nerf poplité, aplati comme un ruban, était collé à la surface externe de ce kyste. »

M. Dorsey, de Philadelphie, a publié une observation d'anévrisme variqueux offrant des particularités assez extraordinaires. Le malade avait reçu sur la jambe un coup de fusil chargé à plomb de chevreuil. Lorsque la plaie fut guérie, on découvrit un anévrisme variqueux, précisément au-dessous du genou; peu de temps après, les veines superficielles du membre se dilatèrent, et l'on sentit distinctement le frémissement qui caractérise cette espèce d'anévrisme. M. Dorsey vit le malade, douze ans

M. Richerand (1) dit que M. Larrey a mon-

---

après l'accident, les veines étaient considérablement dilatées depuis les orteils jusqu'à l'aîne; toute cette région avait été constamment douloureuse, et des ulcères qui occupaient le pied et les chevilles avaient résisté à tous les remèdes.

Le malade fut soigné par les docteurs Physick et Wistar. L'énorme distension des vaisseaux de la jambe et l'incertitude de découvrir la communication entre l'artère et la veine, les déterminèrent à lier la première vers le milieu de la cuisse. La gangrène se manifesta bientôt : lorsque les parties frappées de mort se séparèrent, il survint inopinément une hémorragie par l'une des veines dilatées, ce qui diminua beaucoup les forces du malade. Quoiqu'on parvînt à arrêter le sang par la ligature du vaisseau, cependant l'hémorragie reparut, le malade s'affaiblit de plus en plus, et enfin il mourut.

A l'examen anatomique des parties, on trouva la totalité du tronc de l'artère fémorale dans un état de dilatation contre nature. Toutes les veines du membre étaient considérablement distendues, et une bougie pouvait passer facilement de l'artère poplitée dans l'artère tibiale postérieure qui participait à la dilatation, et de celle-ci dans la veine en traversant un kyste situé à la partie interne de la jambe au-dessous du genou (*a*).

(*Note du traducteur.*)

(1) Dictionnaire des Sciences médicales, art. *Anévrisme variqueux.*

(*a*) *Elements of Surgery*, etc.; *by John Syng Dorsey*; t. II, p. 210. Philadelphia, 1813.

tré à la Faculté de Médecine un grenadier chez lequel la maladie avait son siége au-dessous de la clavicule, et était produite par une blessure de la grosse artère et de la veine dans cet endroit. Il y avait en outre un tremblement évident dans toutes les veines superficielles du bras (1).

---

(1) M. Larrey (*Mém. de chirurgie milit.*, tom. IV, pag. 341) rapporte deux exemples de cette espèce d'anévrisme variqueux.

Le premier fut offert par un invalide qui, à la suite d'un coup d'épée reçu à l'aisselle droite, eut une varice anévrismale dans tout le système veineux du bras. Lorsque le membre était abandonné à son propre poids, toutes les veines s'engorgeaient, et les plus saillantes donnaient des battemens isochrones aux pulsations des artères. Lorsque le bras était élevé sur la tête, les vaisseaux se désemplissaient, et les pulsations disparaissaient entièrement.

Le second exemple de ce genre de varice anévrismale a été fourni au chirurgien que nous venons de nommer par un grenadier de l'ex-garde, qui fut présenté à la Société de Médecine de la Faculté.

« Cadrieux (Pierre), âgé de trente-deux ans, appelé en duel le 20 novembre 1811, reçut un coup de sabre à la partie supérieure de la poitrine, au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire gauche : la pointe de l'arme, dirigée en arrière, en dehors et en bas, au moment où ce grenadier était fendu sur son adversaire, le bras tendu

La tumeur, qui est rapidement formée par la dilatation de la veine blessée, diminue en

---

et très-élevé, coupa une portion de l'attache du muscle sterno-mastoïdien, le premier scalène, l'artère sous-clavière très-avant sous la clavicule, la veine du même nom, et probablement aussi une grande portion du plexus brachial. Une hémorragie foudroyante eut lieu au même instant, et le blessé chancela; il fit néanmoins quelques pas pour gagner une maison voisine du champ de bataille; mais il tomba bientôt en syncope et resta comme mort, étendu dans l'une des chambres de cette maison. Les assistans exercèrent un point de compression sur la plaie; on le réchauffa; on lui fit prendre un peu de bon vin; enfin il fut rappelé à la vie et transporté à l'hôpital du Gros-Caillou, où il entra pendant la nuit.

» A la visite du matin, ce blessé offrit tous les signes d'une fin prochaine : il était froid comme le marbre; il avait le visage empreint de la pâleur de la mort, les lèvres décolorées, les yeux ternes, presque fermés; sa voix était tellement affaiblie, qu'on ne pouvait entendre ce qu'il articulait qu'en portant l'oreille sur sa bouche. La blessure, de plus d'un demi-pouce d'étendue, ne donnait point de sang; on maintint ses bords rapprochés par des bandelettes agglutinatives, et l'on appliqua par-dessus une compresse trempée dans du vin chaud camphré. La clavicule du même côté était effacée par une tumeur considérable qui se manifestait au-dessus et au-dessous, donnant des battemens isochrones au pouls : ces battemens étaient plus marqués dans la tumeur formée au-dessous de la clavicule. On sentait et on entendait en

peu de temps, quand les veines voisines sont assez dilatées pour permettre un libre passage

---

outre, plus profondément et dans la direction de la veine axillaire, un bruissement singulier, tel que celui que produirait un liquide qu'on ferait passer à travers plusieurs tuyaux tortueux et métalliques. Le bras était glacé, insensible et sans mouvement ni pulsations dans ses artères, pas même à l'axillaire; le pouls du bras opposé était petit, et à peine sensible; cependant la respiration était libre, et l'on n'apercevait aucun des signes qui caractérisent l'épanchement de sang dans la poitrine. Malgré le peu d'espérance que nous offrait ce blessé, que ses angoisses et son anxiété annonçaient être dans le danger le plus imminent, M. Larrey se hâta de faire envelopper tout le bras malade dans une flanelle très-chaude, ayant eu soin de le faire frotter auparavant avec de l'huile de camomille fortement camphrée. Des embrocations très-chaudes avec le même liniment furent faites sur toute l'habitude du corps. On lui fit donner de bon bouillon avec un peu de vin de Bordeaux, et pour boisson une infusion de camomille. Les forces et la chaleur générale se rétablirent graduellement.

» A la visite du soir, on trouva le blessé agité, inquiet, et avec quelques symptômes de fièvre d'irritation. Le membre lésé était dans le même état, ainsi que la tumeur anévrismale; mais les veines jugulaires du côté affecté s'étaient engorgées et donnaient des battemens. On substitua à l'infusion de camomille une tisane faite avec le gruau et le chiendent, acidulée avec l'alcool nitrique, et édulcorée avec du sirop. On prescrivit pour la nuit deux

au sang. Le degré de dilatation des veines environnantes ainsi que le volume de la tu-

---

verres d'émulsion, et un chirurgien fut placé près du blessé.

» Le 22, au matin, la tumeur anévrismale, sans avoir augmenté de volume, donnait des battemens plus forts; la veine jugulaire du même côté était considérablement dilatée; les pulsations des carotides et des artères du bras sain avaient également augmenté; le visage était coloré, et le malade éprouvait aussi des battemens douloureux et très-violens dans la tête. On fit ouvrir la veine du bras droit, et appliquer sur la tumeur des compresses épaisses trempées dans du vinaigre camphré, ammoniacé et à la glace, qu'on renouvelait toutes les heures.

» Le traitement interne et externe qu'on avait prescrit la veille fut continué; cependant l'on ajouta de l'eau de poulet nitrée, à prendre alternativement avec la tisane; et l'on prescrivit des lavemens émolliens.

» La nuit fut agitée. A la visite du 23, M. Larrey trouva les vaisseaux extrêmement gonflés. Une céphalalgie violente et le délire se manifestaient ainsi que de très-forts battemens dans les vaisseaux jugulaires. Le pouls du bras sain était fébrile et nerveux. On ouvrit la veine jugulaire gauche, dans l'intention de désemplir les vaisseaux du cerveau, de calmer les battemens douloureux, et de prévenir une apoplexie dont il était menacé. Le sang sortit en arcade de la veine jugulaire; il était vermeil et présentait tous les caractères du sang artériel. Cette saignée dissipa en grande partie les

meur dépendent de l'étendue de la plaie, qui établit une communication entre l'artère et

---

battemens et les douleurs de tête : le blessé fut calme ; mais il était toujours privé du sommeil.

» Le 24, les mêmes symptômes s'étaient encore aggravés : on fit une troisième saignée du bras. L'insomnie, les céphalalgies continuèrent, à quelques variations près, jusqu'au neuvième jour ; dans cet intervalle l'on pratiqua une quatrième saignée du bras. La plaie faite par l'instrument avait été cicatrisée dès le huitième jour. Vers le dixième on aperçut un gonflement dans les veines du membre malade, lesquelles étaient jusqu'alors restées affaissées. La céphalique donnait des battemens ; la chaleur et la sensibilité s'étaient développées dans toute l'étendue du bras et dans le pli du coude. L'avant-bras et la main étaient encore froids et insensibles ; point de pouls. La tumeur anévrismale avait diminué de volume, et n'occupait qu'un très-petit espace sous la clavicule et derrière le muscle grand pectoral ; mais le bruissement était plus fort. Le malade prit quelques crêmes de riz, de légers potages et du vin de Bourgogne, mais en très-petite quantité. Il avait recouvré l'usage de la parole.

» Plusieurs jours se passèrent dans cet état : cependant les douleurs de tête se calmèrent par degrés ; le malade retrouva le sommeil, et l'on vit s'éloigner de lui le danger imminent où il avait été. La chaleur du bras s'étendait graduellement, et parvint jusqu'à la main en peu de jours. Dès-lors des mouvemens se manifestèrent successivement dans les muscles du bras et de l'avant-bras, et avec eux la sensibilité reparut dans toutes ces parties. La

la veine : cette circonstance détermine la quantité de sang que la dernière reçoit de l'autre. Quand la dilatation des veines est parvenue à un tel degré que ces vaisseaux sont capables de contenir le sang qui est versé dans leur intérieur à chaque pulsation de l'artère, le volume de la tumeur devient stationnaire. Je ne connais pas de cas où la tumeur ait augmenté après cette période, et où l'intervention de l'art soit devenue né-

---

main restait toujours immobile, et le malade ne cessait d'y éprouver un fourmillement extrêmement douloureux que les linimens narcotiques ne pouvaient calmer.

» La tumeur anévrismale avait entièrement disparu avant le vingtième jour. Le bruissement s'est conservé au même degré, ainsi que les battemens des veines du cou et du bras, notamment ceux de la céphalique. A cette époque, l'on supprima les topiques glacés et les émulsions, sans discontinuer la tisane; on permit l'usage d'alimens légers et nourrissans. Le bras s'est maintenu dans le même état sans avoir perdu de son embonpoint. La chaleur, la sensibilité et les mouvemens s'y sont rétablis par degrés, et après le cinquante-cinquième jour, on a senti de très-légères pulsations dans les deux artères radiale et cubitale. Le bruissement a été moins sensible et a paru diminuer; les veines ont été moins gonflées, leurs battemens plus faibles. »

(*Note du traducteur.*)

cessaire. Au contraire, on rapporte de nombreux exemples dans lesquels cette maladie est restée stationnaire pendant plusieurs années en ne causant que peu ou point d'inconvéniens. Guillaume Hunter, qui le premier a décrit cette affection (1), en rapporte deux exemples : dans l'un la tumeur est demeurée sans faire aucun progrès pendant quatorze ans, et dans l'autre cinq ans (2). Le docteur Cleghorn parle d'un cas où la maladie est restée dans le même état durant cinq

---

(1) Voyez *Medical observations and inquiries*, vol. I, p. 340; *and* vol. II, p. 390. Scarpa dit : « Guattani a publié deux observations de varice anévrismale avant que les recherches du docteur Hunter sur ce genre particulier d'anévrisme fussent connues en Italie, et l'on ne peut pas élever le plus petit doute sur la véritable nature de la maladie qu'il a décrite. Il faut par conséquent reconnaître qu'il a une part égale dans le mérite de la découverte. (*Réflex. et Obs. anat. chirurg. sur l'Anev.*, trad. par Delpech, p. 416.) A ce sujet, il est bon de faire observer que les recherches du docteur Hunter sur cette maladie ont été publiées en 1757 et en 1764, tandis que Guattani n'avait pas vu son premier malade avant 1769, et que son ouvrage n'a paru qu'en 1772. Un exemple de cette affection se trouve aussi dans Sennert, *Opera omnia*, tom. V, lib. V, part. I, cap. XLIII.

(2) *Medical observations and inquiries*, vol. II, p. 396, 400.

ans (1), et Benjamin Bell (2) dit qu'au bout de vingt ans, la seule altération qu'on pût observer dans le bras de ce malade était une légère tuméfaction des veines qui communiquaient avec la varice. Le docteur Hunter a dit à Benjamin Bell que la première fois qu'il observa cette maladie, elle n'offrit aucun changement pendant les trente-cinq ans qui suivirent l'époque de la blessure. Bell parle aussi d'un autre cas de varice anévrismale qui n'a causé aucune incommodité pendant treize années, quoique le malade, qui était matelot, se livrât aux travaux les plus rudes (3). Scarpa rapporte une observation dans laquelle la tumeur n'augmenta pas pendant quatorze ans, et où, pendant tout ce temps, le malade n'éprouva d'autre incommodité dans le bras qu'un engourdissement passager (4). J'ai vu sur une personne cette maladie exister durant trois ans, sans présenter la plus légère

---

(1) *Medical observations and inquiries*, vol. III, p. 110.

(2) *System of Surgery*, vol. III, p. 199. Note. *Seventh edition.*

(3) *Ibid.*

(4) Réflex. et Observ. anat.-chirurg. sur l'Anévrisme, trad. par Delpech, p. 420.

modification : les auteurs de chirurgie citent un grand nombre de faits semblables.

Il est évident que la tumeur, dût-elle s'ouvrir, la meilleure manière de la traiter serait de lier l'artère tant au-dessus qu'au-dessous de la plaie faite à ses parois. Je ne connais néanmoins aucun cas où cette opération ait été pratiquée, et le seul mode de traitement qu'on ait jusqu'à présent employé pour la guérison de la varice anévrismale est la compression.

Il est possible que la compression effectue la guérison, soit en oblitérant le canal de l'artère blessée, soit en plaçant en contact les parois opposées de la veine et en occasionnant leur adhérence, en sorte que l'ouverture de communicaton entre l'artère et la veine soit fermée. Scarpa rapporte, d'après Auguste et Antoine Brambilla, deux exemples de guérison obtenue par l'emploi de cette méthode : dans le premier, le traitement fut entrepris quatre jours après l'accident, et l'on exerça la compression en plaçant sur la tumeur un tampon de charpie trempé dans une lotion styptique ; on mit par-dessus des compresses graduées, et sur le tout, on fit plusieurs tours de bande. On apporta l'attention la plus scrupuleuse à renouveler l'appareil

toutes les fois qu'il se relâchait, et au bout de six mois, le malade se trouva radicalement guéri. L'autre malade était un enfant de quatorze ans chez lequel la compression fut employée quinze jours environ après l'apparition de la tumeur. Au bout de quatorze semaines d'un traitement assidu, cet enfant fut guéri, et le seul vestige qui restât à la place de la varice anévrismale fut une très-petite tumeur du volume d'un pois (1). Guattani donne une observation semblable (2), et Monteggia a remarqué, pendant la guérison d'une varice anévrismale qui était effectuée par la compression, qu'un coagulum s'était formé dans la tumeur, qui devint dure, perdit ses pulsations et disparut bientôt après (3). La possibilité de produire un anévrisme entre l'artère et la veine, en empêchant le passage du sang de l'une dans l'autre, quand les tuniques des deux vaisseaux ne sont pas intime-

(1) Réflex. et Obs. anat.-chirurg. sur l'Anévr., trad. par Delpech, pag. 422. — *Acta academiæ cæs. reg. Joseph. medico-chirurgicæ*, tom. 1, *Dissert. de Aneurysmate venoso*, p. 85 et 89.

(2) *De spurio Brachii Aneurysmate Historia* IV, pag. 224. *Th. Lauth. edid. et præf. est.*

(3) *Instituzioni chirurgiche di G. B. Monteggia*, *parte prima*, capo VII, § 309, p. 174. *Napoli*, 1809.

ment unies, paraît avoir détourné les chirurgiens de tenter la guérison de cette maladie par la compression, et ils se sont, en général, contentés de recommander au blessé l'exercice modéré du membre.

Il est nécessaire, pour la formation d'une varice anévrismale, que la veine soit en contact immédiat avec l'artère, qu'il y ait une communication directe entre les plaies des deux vaisseaux, et qu'enfin les bords de ces mêmes plaies soient intimement unis par l'inflammation adhésive. Si la veine n'est pas en contact immédiat avec l'artère, ou si le sang rencontre quelque obstacle dans son passage de l'une dans l'autre, en conséquence de l'obliquité de la plaie, de l'emploi de la compression ou de toute autre cause, le tissu cellulaire qui unit la veine et l'artère peut se dilater en forme de sac anévrismal qui servira de communication entre les deux vaisseaux. Dans ce cas, la veine sera éloignée à quelque distance de l'artère, et le sac anévrismal sera situé entre elles deux; le sang passera d'abord de l'artère dans le sac et du sac dans la veine dilatée. Cette variété de la maladie peut être appelée avec juste raison anévrisme variqueux, pour la distinguer de la varice anévrismale.

Si l'ouverture par laquelle le sac anévrismal communique avec la veine n'est pas assez large pour permettre au sang qui vient de l'artère de se rendre aisément dans l'autre vaisseau, il est évident que le sac anévrismal augmentera de volume et exigera une opération chirurgicale. Il est probable que la ligature de l'artère au-dessus de la tumeur produirait la guérison de cette maladie, ainsi que cela a lieu par le même moyen dans les anévrismes circonscrits. La diminution de la force du sang après la ligature favoriserait la formation du coagulum, qui finirait par remplir le sac et par oblitérer son ouverture de communication avec la veine. Je ne crois pas toutefois qu'on ait encore essayé cette opération (1) (2). Dans les seuls

(1) Scarpa recommande cette opération si l'anévrisme est circonscrit, mais s'il est diffus, on doit le traiter comme les anévrismes diffus en général. *Voyez* Scarpa, *Réflex. et Observ. anat.-chirurg. sur l'Anévrisme*, trad. par Delpech, p. 424, § XIV.

(2) Nous venons de voir que M. Hodgson, dans le cas où l'on peut croire la ligature de l'artère nécessaire, conseille de la pratiquer au-dessus et au-dessous de la tumeur, tandis qu'ici il paraît penser qu'une seule ligature, placée sur l'artère au-dessus de la maladie, peut suffire. Comme il dit n'avoir aucun fait par devers lui pour ap-

exemples connus jusqu'ici de cette maladie ;
les sacs furent ouverts et les deux extrémités

---

puyer son sentiment, je vais rapporter une observation qui n'est pas sans intérêt, et qui démontrera que, dans ces anévrismes variqueux ou varices anévrismales, le plus sûr est toujours de comprendre la tumeur entre deux ligatures. L'opération dont je vais parler fut pratiquée à Chaillot par un des plus habiles et des plus célèbres chirurgiens de Paris, auquel je servis de second.

Louis F., âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin, pléthorique, vint à Paris, au mois de juillet 1814, pour se faire traiter d'une tumeur qu'il portait à la partie supérieure et interne du bras gauche. En septembre 1812, il se fit au bras une blessure, qui donna lieu à une hémorragie considérable, et qui fit présumer que l'artère humérale avait été lésée. Cependant la plaie, sur laquelle on exerça une compression assez forte, se cicatrisa, et toutes les inquiétudes étaient dissipées, lorsque, six semaines après l'accident, le malade s'aperçut d'un battement extraordinaire et d'un bruissement particulier à l'endroit de la cicatrice. L'absence de tout autre symptôme alarmant, et l'avis d'un médecin qui lui conseilla de ne pas songer à sa maladie, et de se servir de son bras comme à l'ordinaire, firent qu'il se tint tranquille sur son état jusqu'au mois de mai 1814. A cette époque, il se forma, sous la cicatrice, une tumeur assez considérable, molle, présentant à son centre des battemens isochrones à ceux du pouls, et un *susurrus* qui s'étendait assez loin, non-seulement dans la tumeur, mais encore dans la veine voisine, qui, comme toutes celles du bras,

de l'artère furent liées dans cet endroit. Le premier de ces cas est rapporté par M. Park

---

se trouvait dilatée, surtout quand le malade avait ce membre pendant. Si la main était élevée, la tumeur devenait plus molle, le bruissement moins considérable; si l'on comprimait l'artère au-dessus de la tumeur, celle-ci disparaissait; elle n'augmentait pas quand l'artère était comprimée au-dessous; le malade se servait parfaitement de son bras, il n'éprouvait aucune douleur; mais il était continuellement tourmenté par l'idée de sa maladie et était décidé à tout essayer pour s'en débarrasser. Le chirurgien qui le vit reconnut de suite un anévrisme variqueux, compliqué d'un anévrisme faux consécutif; il proposa l'opération, et le malade l'accepta. Elle fut pratiquée le 8 juillet 1814, suivant la méthode de Hunter. Elle fut exécutée avec une promptitude et une simplicité dignes de l'habileté de l'opérateur. L'artère, isolée de toutes les parties voisines, fut seule comprise dans la ligature; les battemens cessèrent entièrement. Une seconde ligature au-dessous de l'ouverture de l'artère parut inutile; cependant, peu après l'opération, le membre devint froid et insensible. Malgré tout ce qu'on put faire, les doigts ne recouvrèrent ni leur sensibilité ni leur chaleur antérieure; bientôt ils furent entraînés dans la flexion, et on ne les redressait qu'avec beaucoup de peine. Le quatrième jour, il y eut une légère hémorragie; elle cessa dès que l'appareil fut levé. Le treizième jour, les ligatures tombèrent. Il n'y eut rien d'extraordinaire pendant le traitement; cependant on commençait à sentir un léger bruissement à l'endroit de l'ancienne tumeur; plus tard,

de Liverpool (1). La maladie commença une semaine environ après une saignée du bras. Au bout de quatre mois, la tumeur était aussi grosse qu'une noix; elle avait des pulsations comme un anévrisme, et son volume

---

ce bruissement et les battemens singuliers, que l'on ne savait à quoi attribuer, augmentèrent au point de donner quelques inquiétudes. On exerça pendant long-temps une compression assez forte, dont les effets furent à-peu-près nuls. La main privée de mouvement se trouvait renversée sur l'avant-bras, et les doigts étaient fortement portés dans la flexion.

Ces accidens, qu'on ne pouvait imputer à la ligature de quelque nerf, puisque nous avions la certitude que l'artère seule avait été liée, empêchèrent cependant le chirurgien de placer une seconde ligature au-dessous de la tumeur pour la faire disparaître définitivement, car elle se montra de nouveau, et les veines du bras restèrent très-dilatées, même au-dessus de la blessure.

Je crois que la seconde apparition et la persistance de cette tumeur doivent être attribuées à l'emploi de la méthode de Hunter, et qu'on peut expliquer ce phénomène en l'attribuant aux mêmes causes que celles qui produisent, soit le retour des battemens dans les tumeurs anévrismales ordinaires, peu de temps après que l'artère a été liée bien au-dessus de la maladie, soit les hémorragies qui se font par le bout inférieur d'une artère divisée, lorsqu'il n'a point été compris dans une ligature particulière. (*Note du traducteur.*)

(1) *Medical facts and observations*, vol. IV, p. 111.

diminuait beaucoup, mais ne disparaissait pas entièrement par la pression. Le sifflement et la sensation vibratoire particulière qui caractérisent la varice anévrismale se distinguaient très-bien à une certaine distance du centre de la tumeur et vers l'aisselle. La veine basilique était très-distendue, mais non à ce degré qu'on observe généralement dans la varice anévrismale. Quoiqu'on eût défendu au blessé tout exercice violent de son bras, la tumeur n'en fit pas moins des progrès rapides en peu de mois. Une année après l'accident, il vint à l'infirmerie pour des douleurs violentes qu'il éprouvait dans la tumeur, qui était alors enflammée et en suppuration. Le lendemain de son entrée, la tumeur s'ouvrit, et il n'en sortit qu'une petite quantité de pus; mais au bout de quelques jours, le sang s'en échappa en abondance. Le sac externe ou la varice anévrismale étant ouvert et le coagulum enlevé, on aperçut dans le fond de sa cavité une ouverture semblable à celle que l'on fait ordinairement dans l'opération de la saignée : le sang artériel coulait abondamment par cette ouverture toutes les fois qu'on diminuait la pression du tourniquet. Une sonde que l'on y introduisit pénétra à près d'un pouce de profondeur,

mais ne put aller à plus d'un demi-pouce supérieurement ou inférieurement le long du bras. Cette ouverture ayant été élargie avec les ciseaux, on trouva qu'elle conduisait dans un second sac situé au-dessous du premier. Après avoir enlevé le sang qui le remplissait, on découvrit la plaie de l'artère au fond de cette seconde poche ou sac inférieur, et la sonde qu'on y introduisit passa facilement, tant en haut qu'en bas, dans la direction de l'artère. Au moyen de la sonde on plaça une ligature sous l'artère, au-dessus de la partie blessée et on la serra. Le sang ayant coulé en aussi grande abondance qu'auparavant après l'enlèvement du tourniquet, on lia l'artère au-dessous de la plaie, et alors l'hémorragie s'arrêta. Le blessé recouvra le libre usage de son bras. Un fait semblable est rapporté par le docteur Physick de Philadelphie (1): son malade fut guéri par le même moyen.

---

(1) *Medical museum*, vol. 1, p. 65.

QUATRIÈME PARTIE.

Des Maladies des Veines.

SECTION PREMIÈRE.

Inflammation des Veines.

Les veines sont sujettes aux mêmes altérations morbides que les parties molles en général; mais la tunique membraneuse de ces vaisseaux est plus particulièrement susceptible d'inflammation. Quand une veine est blessée, l'inflammation qui en est la suite s'étend quelquefois le long de la membrane interne du vaisseau, jusque dans les principaux troncs veineux, et dans quelques cas, jusqu'à la membrane qui tapisse les cavités du cœur. Cette inflammation peut également produire un épanchement de lymphe coagulable, qui réunira les parois opposées de la veine, de manière à oblitérer sa cavité : c'est de la sorte que quelquefois une grande étendue du vaisseau se trouve convertie en un

cordon solide. Dans quelques cas, la sécrétion du pus dans la cavité du vaisseau est la conséquence de l'inflammation de la membrane des veines : la matière purulente peut être alors ou mêlée avec le sang en circulation, ou bien encore l'inflammation ayant produit l'adhérence des parois du vaisseau à de certains intervalles, les collections de pus peuvent être resserrées de la sorte et former une chaîne d'abcès dans le trajet de la veine.

Quand l'inflammation des veines n'est pas très-étendue, ses symptômes sont les mêmes que ceux de l'inflammation locale; mais lorsqu'elle se prolonge dans les principaux troncs veineux et qu'il y a du pus de sécrété dans le vaisseau, elle est accompagnée d'une irritation constitutionnelle très-intense, et de symptômes qui ont la plus forte ressemblance avec ceux de la fièvre typhoïde. J'ai choisi le cas suivant entre plusieurs autres, parce qu'il présente, non-seulement les symptômes de l'inflammation veineuse, mais encore les résultats de la dissection. Il m'a été communiqué par M. Broughton, chirurgien des gardes-du-corps.

OBSERVATION XLIX.

Un soldat robuste, âgé de trente-six ans, fut saigné au bras pour une ophtalmie qui fut diminuée par cette opération. Toutefois il survint de la fièvre, et cette fièvre s'accrut par degrés. Le dix-septième jour après la saignée, le pouls était faible et présentait cent vingt pulsations par minute; la peau était chaude, la langue couverte d'un enduit brunâtre, la respiration difficile; le malade se plaignait d'une grande prostration de forces et de douleurs à la tête, au dos et aux extrémités. La plaie de la veine s'était guérie, mais le jour qui suivit la saignée, une tuméfaction et une douleur considérables commencèrent à se manifester dans le bras, et s'étendirent par degrés vers sa partie supérieure. Le malade fut saigné de l'autre bras, et on lui fit prendre divers médicamens. Les symptômes persistèrent, avec très-peu d'altération, jusqu'au vingt-troisième jour, qu'on observa une tumeur douloureuse au-dessus de la clavicule. Quelques jours après, on découvrit une autre tumeur molle, diffuse, au-dessou de l'angle de la mâchoire inférieure. Les symptômes s'accrurent lentement; la

respiration devint plus pénible et plus difficile; le pouls offrait rarement moins de cent vingt pulsations par minute; le malade éprouva du délire et mourut dans le courant de la septième semaine après la saignée. La dissection du cadavre fit voir les altérations suivantes : la veine céphalique, à l'endroit où l'on avait pratiqué la première saignée, ressemblait à une artère, tant pour l'épaisseur de ses membranes que par la forme circulaire qu'elle conservait lorsqu'on en faisait la division en travers. Elle était saine au-dessous de la partie piquée. A un pouce au-dessus de la piqûre, sa cavité était fermée, et cette oblitération s'étendait jusqu'à l'épaule. Les branches qui communiquaient avec la veine céphalique au pli du bras se trouvaient saines. Les glandes absorbantes au-dessus de la clavicule étaient tuméfiées et endurcies. Le calibre de la veine jugulaire externe paraissait moindre que celui de la veine correspondante du côté opposé. La veine jugulaire interne était très-dilatée, épaissie et dans un état d'induration; les effets de l'inflammation étaient manifestes dans tout son trajet; elle avait les apparences extérieures d'une artère, si ce n'est qu'elle était plus grosse que toute autre artère, à l'exception de l'aorte. Les veines sous-

clavière, axillaire, et la veine brachiale au pli du bras, offraient des apparences semblables. Les veines jugulaire externe et sous-clavière étaient remplies de pus. Après les avoir ouvertes, on les trouva très épaissies et tapissées de lymphe. Plusieurs des veines plus petites paraissaient dans un état semblable. L'inflammation, l'adhérence et l'induration devenaient tellement fortes à la partie supérieure du bras, qu'il y avait une difficulté extrême à suivre les vaisseaux et à les séparer de leurs connexions. La veine cave supérieure était saine. Les apparences morbides ne se perdaient pas graduellement, mais se terminaient tout-à-coup. Le cœur était sain; les poumons renfermaient quelques petits abcès. Un fluide séreux mêlé de flocons de lymphe se trouvait épanché dans la cavité thoracique. Les poumons adhéraient à la plèvre costale, partiellement du côté gauche, mais dans une bien plus grande étendue du côté droit. Le cerveau ne présentait rien de particulier; les ventricules renfermaient seulement une plus grande quantité de sérosité qu'à l'ordinaire; les veines de la pie-mère étaient gorgées de sang. La grande veine de Galien ainsi que les sinus offraient une dilatation remarquable.

On m'a communiqué plusieurs observations d'inflammation étendue des veines après l'opération de la saignée, et dans une circonstance dont j'ai été témoin des accidens, les symptômes et les résultats de la dissection, quoiqu'à un degré moindre, étaient semblables à ceux qui sont décrits dans le cas qui précède. Les symptômes avaient une analogie frappante avec ceux de la fièvre typhoïde, et la dissection fit reconnaître, sur divers points, l'adhérence et l'oblitération des vaisseaux, et sur d'autres, des épanchemens de lymphe coagulée ou de pus (1) dans leurs cavités, avec une induration très-grande, un épaississement et une adhérence des parties environnantes. Quelquefois l'inflammation s'étendait, aussi-bien en haut qu'en bas, dans le trajet de la veine (2). Les mêmes sym-

---

(1) On a trouvé plusieurs fois dans les veines un fluide qui ressemblait à du pus, quoiqu'il ne parût pas être le résultat de l'inflammation. Bichat rencontra sur un cadavre la veine splénique, ainsi que le tronc de la veine porte et toutes les branches hépatiques remplis d'une sanie grisâtre (*Anatomie générale*, t. 1, Considérations générales, p. LXX.)

(2) *Voyez* HUNTER, *in Transactions of a Society for the improvement of medical and chirurgical know-*

ptômes sont survenus quand l'inflammation de la veine a été produite par l'application d'une ligature, et Hunter a observé des altérations semblables dans les cadavres des individus morts après des amputations, des fractures compliquées, ou par les suites de la gangrène (1). Dans plusieurs cas de fièvre puerpérale, le docteur Clarke (2) a trouvé les veines de l'utérus remplies de pus. M. Wilson a vu, chez une femme morte quatre ou cinq semaines après l'accouchement, les membranes des principales veines de l'utérus épaissies et leurs cavités partiellement oblitérées. Les veines iliaque commune, iliaques externe et interne, et leurs plus grosses branches, particulièrement celles qui ramènent le sang de l'utérus, ainsi que les veines émulgentes et spermatiques offraient

---

ledge, vol. I, p. 18. — *Voyez* aussi ABERNETHY, *Surgical Observations, on the occasional ill consequences of venesection*, p. 147, 2e édition.

(1) *Transactions of a Society for the improvement of medical and chirurgical knowledge*, vol. I, p. 19.

(2) *Practical essays on the management of pregnancy*, etc., p. 63, 72, 2e édition; c'est-à-dire : Essais de pratique sur les soins qu'on doit prendre pendant la grossesse, etc., etc.

des traces d'inflammation. Leurs membranes étaient épaissies et leurs cavités oblitérées par de la lymphe ou des caillots. Les tissus de la veine cave inférieure étaient au moins trois fois plus épais qu'à l'ordinaire, et elle adhérait d'une manière très-intime aux parties environnantes. Ce vaisseau contenait quatre onces environ de pus bien formé, qui n'avait pu se rendre au cœur, en partie par le resserrement de la veine immédiatement au-dessous de la naissance des trois grosses veines caves hépatiques, et en partie par une certaine quantité de lymphe coagulable qui adhérait à ses membranes, et qui, supérieurement, remplissait la cavité du vaisseau dans une étendue d'environ un quart de pouce. Une grande quantité de lymphe coagulable, intimement adhérente à la membrane interne de la veine, remplissait complètement sa cavité inférieurement à partir des veines émulgentes (1).

---

(1) *Transactions of a Society for the improvement of medical and chirurgical knowledge*, vol. III, p. 65. Outre ce cas, M. Wilson a trouvé les mêmes altérations dans les cadavres de deux femmes mortes quelques jours après l'accouchement. Chez l'une et l'autre, plusieurs des plus grosses veines de l'utérus contenaient du pus, et

Quand l'inflammation est bornée à la veine piquée, son traitement doit être le même que celui de l'inflammation locale en général, et à cet effet l'on emploiera les sangsues, les lotions tièdes et la diète. Hunter croyait qu'en appliquant la compression à la veine enflammée au-dessus de la partie blessée, de manière à mettre en contact les parois opposées du vaisseau et à les faire adhérer, on empêcherait l'inflammation de s'étendre le long de la surface continue de la membrane interne du tube. Hunter fit une fois l'essai de cette pratique, et elle réussit selon ses desirs (1). L'irritation constitutionnelle qui arrive dans une inflammation étendue des veines est accompagnée de symptômes d'une faiblesse plus grande que dans toute autre inflammation aiguë en général. Cette circonstance peut provenir de l'étendue de la surface enflammée; mais il n'est pas impossible non plus qu'elle soit un effet produit sur

---

il y avait oblitération d'une partie de la veine cave inférieure par une lymphe coagulable fortement adhérente à sa surface interne et remplissant supérieurement sa cavité. — *Ibid.*, p. 80.

(1) *Transactions of a Society for the improvement of medical and chirurgical knowledge*, vol. 1, p. 29.

le système nerveux par le pus sécrété dans le vaisseau et mêlé au sang en circulation. Quoique les symptômes paraissent réclamer des indications opposées, il est évident, lorsque l'inflammation est aussi étendue que dans les cas que j'ai rapportés au commencement de cette section, qu'on ne peut l'arrêter, même dans sa première période, que par des saignées copieuses et par l'emploi rigoureux de tous les moyens propres à combattre l'inflammation aiguë en général (1).

---

(1) Les inflammations des vaisseaux sanguins et lymphatiques, celle du tissu nerveux, sont beaucoup moins rares qu'on ne le croit communément, et dans mes recherches d'anatomie pathologique, j'ai souvent reconnu sur le cadavre ce genre d'altération dont je me propose de faire l'histoire.

La phlegmasie des veines était connue des anciens. Arétée (*a*) parle de l'inflammation de la veine cave, et donne les signes qui la font reconnaître. On pourrait peut-être rapporter à l'inflammation de la veine du bras les accidens qu'éprouva le roi Charles IX à la suite d'une saignée, et contre lesquels Ambroise Paré employa des onguens, un bandage roulé, et recommanda l'usage de

(*a*) *Aretæi Cappadocis, Medici insignis, de Causis et Signis acutorum morborum, cap. VIII, lib. II*, p. 38 et 39. *Ex. edit. Art. med. Princip. Alb. de Haller. T. V*, p. 14 et 15, *ex edit. Henr. Stephan.*

l'huile de térébenthine chaude, mêlée avec de l'eau-de-vie rectifiée. Mais s'il reste quelque doute sur la vraie cause des accidens dans ce cas, il me paraît que ceux qui arrivèrent à mademoiselle Courtin, dont le bras s'enflamma et tomba en gangrène, doivent être rapportés à l'inflammation de la veine (*a*).

Je regarderai aussi comme appartenant à la phlegmasie des veines ce que Dionis raconte des suites de la phlébotomie. « Il se fait quelquefois sur le bras saigné, quoique l'opération n'y ait point de part, ce qui arrive à des personnes cacochymes, accablées d'humeurs qui sont prêtes à se jeter sur quelque partie. Si on les saigne dans ce temps-là, ces humeurs se déterminent à couler sur la partie qu'on a vidée par la saignée; le lendemain, on trouve le bras gonflé et douloureux, qui enfle à vue d'œil, et qui grossirait extraordinairement, si l'on ne travaillait à détourner ce torrent par de grandes saignées faites à l'autre bras. La furie de ces humeurs est quelquefois si grande, que j'ai vu la gangrène survenir dès le deuxième jour, et le malade mourir dès le troisième. Un pareil malheur arriva à la femme d'un officier de la reine, et quelques mois après le duc de Saint-Simon fut saigné à Paris par un chirurgien des plus employés : il se fit sur son bras une fluxion qui se termina par un abcès qu'on ouvrit, et dont il fut guéri en trois semaines sans en être estropié (*b*). »

(*a*) Ambroise Paré, liv. x, des Plaies en particulier, p. 401, chap. xli. (*Histoire du feu roy Charles IX.*)

(*b*) Dionis, Cours d'opérations de chirurgie, huitième démonstration, p. 680. Edit. de Lafaye.

Planer (*a*), Boerhaave et Van-Swiéten (*b*) parlent aussi de l'inflammation des veines ; et Morgagni, dont le talent a éclairé tant de points obscurs de médecine et d'anatomie, s'exprime en des termes qui ne laissent pas d'incertitude sur l'existence de la phlegmasie dont nous traitons. L'histoire d'une femme qui présenta des altérations dans les veines iliaque et crurale du côté gauche, et celle d'un porte-faix, dont la face interne de la veine cave abdominale offrait des traces d'érosion, paraissent démontrer qu'il avait existé dans ces parties une inflammation dont ces lésions n'étaient que la conséquence (*c*).

Parmi les auteurs modernes, plusieurs ont parlé de l'inflammation des veines ou ont publié des observations sur cette maladie ; mais c'est à Sasse (*d*), Meckel (*e*) et à J. Hunter (*f*), qu'on est le plus redevable. Schwilgué a communiqué à la Société de Médecine de la Faculté une note insérée dans la Bibliothèque médicale, où il trace rapidement les principaux caractères des phlegmasies des veines et des artères. Il ne rapporte aucun fait qui lui

(*a*) *Jo. Zach. Platneri instit. chirurgicæ rationalis*, *etc.*, p. 18 et 19. *Lipsiæ*, 1758.

(*b*) *Gerardi L. B. Van-Swieten*, *Commentaria in H. Boerh.*, *Aphorismos.*, *etc.*, t. 1, § 372, § 374, p. 628 et 630. *Edit. quarta Leidensis.*

(*c*) *Jo. Baptistæ Morgagni de Sedib. et Causis Morbor. per anat. indag. Epist.* LVI, *art.* 10 ; *epist.* LIII, *art.* 37, p. 171 et 119, t. IV. *Edit. Lovianii.*

(*d*) *Dissert. de Vasorum sanguiferorum inflammatione. Hal.* 1797.

(*e*) Dans l'ouvrage de Sasse.

(*f*) *Medical and Philosophical commentaries*, *by a Society in Edinburgh; vol. third. p.* 1, *p.* 430.

soit particulier (a). Nous verrons plus loin que MM. Abernethy, Osiander, Reil, Frank, Sherwen, Charles Bell, Marjolin, Fizeau, Bodson, B. Travers, ont aussi écrit sur cette matière; mais ils n'ont point rattaché ce qu'ils ont dit à un corps de doctrine.

§ Ier. *Inflammation des Veines produite par la phlébotomie.*

Suivant J. Hunter, quelques médecins ont attribué les accidens qui suivent la saignée à la piqûre d'un nerf. Mais les nerfs sont lésés dans beaucoup d'opérations chirurgicales sans qu'on en voie survenir rien de fâcheux. Il faut aussi remarquer que les nerfs qui peuvent être intéressés dans la saignée sont petits et très-peu importans.

D'autres personnes ont pensé que ces mêmes accidens reconnaissaient pour cause la piqûre d'un tendon ou d'une aponévrose. J. Hunter fait observer avec raison que les tendons sont fréquemment piqués sur d'autres points du corps sans qu'il en résulte le plus petit inconvénient, et le tendon d'Achille est souvent coupé ou déchiré sans qu'on voie paraître les symptômes qui se manifestent quelquefois après la saignée. Encore si ces accidens survenaient lorsque cette opération a été pratiquée sur une veine voisine d'un tendon, on pourrait raisonnablement soupçonner qu'ils sont dus à la blessure de cette dernière partie; mais ces symptômes inflammatoires arrivent après l'incision de la veine céphalique ou de la médiane céphalique, et non lorsqu'on a ouvert la basilique ou la médiane basilique.

Enfin des physiologistes ont cru devoir accuser la constitution générale du sujet ou le mauvais état des humeurs

et des solides. Ils se trouvent aussi en opposition avec la raison et l'expérience, car une personne qui jouit de la plus parfaite santé est susceptible d'éprouver les accidens qui suivent la saignée, tout comme les sujets cacochymes, infirmes ou d'une faible complexion. Il est bon de remarquer que dans plusieurs circonstances où ces accidens sont survenus, le malade avait été saigné à l'autre bras sans aucun inconvénient.

D'après toutes ces considérations, J. Hunter fut porté à rejeter les opinions anciennement reçues, et il fut aussi conduit à prendre cette détermination en observant ce qui arrive chez les chevaux.

Il n'est pas rare de voir des palfreniers pratiquer, sans nécessité ou par des soins mal entendus, une saignée au cou de leurs chevaux, souvent même lorsqu'ils sont en bonne santé. Hunter vit que le cou de ces animaux se tuméfiait, et qu'ils périssaient. Il voulut découvrir la cause de ces phénomènes et de cette terminaison. Une dissection attentive lui fit reconnaître que la cavité de la veine jugulaire était enflammée; que cette inflammation se prolongeait au loin sur la surface interne du vaisseau, jusque dans la poitrine, et quelquefois jusqu'au cœur lui-même. Ces observations le conduisirent tout naturellement à penser que la surface interne des veines chez l'homme peut, dans quelques circonstances, être affectée d'inflammation comme le sont les membranes qui revêtent nos cavités splanchniques.

Dans l'examen qu'il fit d'abcès au poumon, il découvrit des altérations qui changèrent ses conjectures en certitude. Il trouva souvent que la surface interne des veines à la suite des abcès était non-seulement dans un état

d'inflammation, mais encore en suppuration sur plusieurs points. Il put même parvenir à assigner les progrès et la fin de l'inflammation et de la suppuration. Il avait toujours reconnu qu'elles s'étendaient sur les membranes des veines, à une certaine distance et dans toute la circonférence de l'abcès. Il vit les mêmes altérations en examinant les veines des membres lorsqu'une inflammation très-intense était survenue après l'amputation. Il était, en outre, persuadé que l'inflammation ne s'étendait sur le membre, dans quelques circonstances et plus ou moins loin du moignon, que par la seule raison qu'elle s'était développée dans la cavité de la veine. D'après tous ces faits, Hunter ne balança plus pour attribuer les accidens de la saignée à une phlegmasie de la membrane interne des veines, et bientôt il en trouva une nouvelle preuve sur un malade qui vint à l'hôpital Saint-George pour s'y faire traiter d'une inflammation du bras droit, par suite de la saignée à la veine basilique. Ce malade ne resta que huit jours à l'hôpital; il y mourut soudainement. La dissection du membre fit voir une inflammation de la veine qui s'étendait de la piqûre faite par la lancette jusqu'à l'aisselle. Vers le milieu du bras, la veine était en suppuration, et dans un autre point, le vaisseau offrait une ulcération et une division en deux parties. Chaque bout, irrégulier et festonné, se terminait à l'abcès. Les membranes de la veine avaient acquis beaucoup d'épaisseur, et la surface interne de ce vaisseau, à quelque distance au-dessus et au-dessous de la plaie, était tellement couverte de lymphe coagulable, que son canal se trouvait oblitéré, et que le sang n'y pouvait plus passer. Enfin dans plusieurs points il existait de véritables

adhérences. Plusieurs branches des veines voisines se trouvaient également imperméables, et les membranes de l'artère étaient affectées par l'effet de leur contiguité avec la partie malade.

Dans quelques cas d'inflammation des membranes des veines, il est arrivé que les parois de ces vaisseaux ont contracté des adhérences qui ont borné l'inflammation en l'empêchant de se porter au-delà. Quelquefois ces adhérences se formaient de distance en distance, du pus s'accumulait dans les intervalles et constituait de petits abcès séparés. Hunter raconte qu'il a eu occasion d'ouvrir une suite de ces abcès sur le trajet de la veine saphène, depuis la pointe du pied jusqu'à l'aîne, et dans cette circonstance l'inflammation s'était élevée d'une plaie à l'extrémité du pied (*a*).

Sherwen ne partage point les opinions de John Hunter; il pense que, le plus communément, la douleur et l'inflammation qui surviennent dans le point où l'on a fait une saignée doivent être regardées comme dépendant de la lésion du nerf, et particulièrement de sa section incomplète, plutôt que de l'irritation et de la phlegmasie de la veine. Les deux observations que renferme son Mémoire ne viennent point, selon moi, à l'appui de son assertion. Il avoue même que la seconde paraît confirmer le sentiment de Hunter, et que les phénomènes qui succédèrent à l'opération de la saignée paraissent dépendre de l'inflammation de la surface interne de la veine. Voici le fait : Une dame de distinction, très-

(*a*) *Medical and Philosophical Commentaries*, etc., vol. III, part. I, p. 430.

avancée en âge, d'une constitution mauvaise et scorbutique, fut saignée du bras à la veine médiane. Au bout de très-peu de temps, elle se plaignit de sensibilité et d'inflammation à la plaie. Sherwen fut appelé. La douleur augmenta graduellement, et se termina par un abcès situé à quelques pouces au-dessous de la piqûre, entre les muscles fléchisseur radial du carpe et supinateur. Une matière purulente s'écoula pendant long-temps de la plaie; enfin la maladie se termina par un abcès au-dessus de la clavicule, que l'on crut dépendre de l'absorption du pus formé dans les parties situées au-dessous, mais qui devait être rapporté à l'inflammation transmise par la veine. Ce dernier abcès fut accompagné d'une grande douleur, et ne guérit qu'après une longue et abondante évacuation de pus.

Dans la seconde observation, le malade présenta des phénomènes analogues à ceux que nous venons de faire connaître, mais ils furent plus longs et plus intenses. Cependant l'issue de la maladie fut heureuse, et si nous devons nous en rapporter aux symptômes, nous regarderons l'affection qui les produisait comme une inflammation de la veine (*a*).

Dans les plaies des veines qui ne se réunissent pas immédiatement, il arrive souvent une inflammation dont le degré et l'étendue peuvent varier. Une inflammation légère devra seulement produire un épaississement des parois de la veine et leur adhérence; une inflammation

(*a*) *Case of the Puncture of a nerve in phlebotomy, communicated to Dr Andrew Duncan, by John Sherwen.* Voyez *Medical and Philosophical Commentaries; by a Society in Edinburgh.* Vol. IV, p. 210.

plus intense sera moins bornée, et des abcès pourront en résulter. La matière de la suppuration se mêlera aux fluides en circulation, et donnera lieu à de fâcheuses conséquences; ou bien si l'inflammation est circonscrite, l'épaississement et l'adhérence des parties voisines en seront un effet immédiat, un abcès se formera dans ce point. Si la phlegmasie du canal veineux occupe une grande surface, très-probablement qu'il s'ensuivra le développement d'une fièvre symptomatique, surtout si l'irritation se prolonge le long de la membrane interne des veines jusqu'à l'organe central de la circulation. M. Abernethy cite trois faits tirés de sa pratique sur l'inflammation des veines après la phlébotomie. Dans le premier cas, la veine s'enflamma dans l'étendue de trois pouces au-dessus et de trois pouces au-dessous de la piqûre. Cette phlegmasie avait pour symptômes la rougeur, la douleur et le gonflement des tégumens correspondans à la partie affectée. Une fièvre très-forte se manifesta; le pouls était fréquent et la langue chargée. Après la cessation de l'inflammation, et la tuméfaction étant dissipée, la veine parut imperméable au sang, car elle ne se gonflait plus lorsqu'on la comprimait au-dessus de la partie affectée. Le second cas ressemblait au premier, mais à un degré moindre. Dans le troisième, l'inflammation, au lieu de s'étendre en haut du côté du cœur, gagna la partie inférieure, et alla jusqu'à l'articulation du poignet, sans doute parce qu'il s'était formé une adhérence entre les parois de la veine, au-dessus du point où elle avait été ouverte (*a*).

(*a*) *The Surgical works of John Abernethy*, vol. II, p. 147. — *On the ill consequences sometimes succeding to venæsection.*

Un accident très-fréquent après la saignée est, suivant M. Charles Bell, le gonflement et l'inflammation de la petite plaie. Cette inflammation peut être érysipélateuse, s'étendre sur tout le bras, et se terminer par la suppuration.

La phlegmasie de la membrane interne de la veine elle-même est aussi une circonstance fâcheuse, parce que la maladie peut se propager le long du vaisseau et parvenir jusqu'au cœur.

On a vu l'inflammation qui suit la phlébotomie donner lieu à un abcès, ou gagner les tissus aponévrotiques, affecter le fascia lui-même, et finir par amener un endurcissement du tissu cellulaire et la contracture du muscle biceps. Dans ces circonstances, en connaissant les rapports particuliers de l'aponévrose avec les tissus adjacens, on se rend compte des effets produits, et l'on peut remédier au mal. M. C. Bell nous assure que dans les inflammations et les abcès de l'avant-bras, il a fréquemment vu survenir un épaississement de l'aponévrose, et des adhérences avec les parties voisines. Souvent, après avoir détruit l'inflammation, il a fait cesser la contracture ou roideur des parties, par l'emploi des cataplasmes camphrés, puis par l'usage d'une attelle rembourrée placée le long de l'avant-bras, et appropriée à sa courbure, pour étendre le bras ou pour le maintenir toujours convenablement (*a*).

Après ces recherches historiques sur l'inflammation des veines à la suite de la saignée, nous rapporterons quelques observations sur cette maladie.

(*a*) *A System of dissections explaining the anatomy of the human Body, etc.; by Charles Bell.* Vol. II, p. 281. *London,* 1809.

Gaspard Goldinger, âgé de vingt-deux ans, garçon cordonnier, entra à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 31 octobre 1806, pour y être traité d'une épilepsie dont il n'avait éprouvé les premières atteintes que six semaines auparavant. Il fut plusieurs fois saigné; et la dernière phlébotomie qu'on lui pratiqua au bras fut suivie de douleurs dans la partie blessée. Le lendemain, le malade se plaignit de son bras; il y avait aux environs de la saignée un peu de rougeur et de tension; les jours suivans, la douleur s'accrut, le gonflement s'étendit depuis l'épaule jusqu'au-dessous du coude. Le voisinage de la piqûre était rouge, le pouls devint faible et fréquent. Ces accidens augmentèrent encore pendant les jours qui suivirent; la fièvre s'alluma, la prostration des forces survint, une douleur vive se manifesta au côté droit du thorax, la respiration se fit avec difficulté, et la mort arriva dans la nuit du 23 novembre.

A l'ouverture du cadavre, on trouva à la partie supérieure du cerveau une assez grande quantité de sérosité jaunâtre, infiltrée entre l'arachnoïde et la pie-mère, et dans quelques parties du tissu de cette dernière membrane. La portion de l'arachnoïde étendue sur la convexité du cerveau avait perdu de sa transparence, et acquis plus d'épaisseur et de dureté. Les ventricules latéraux renfermaient un peu de sérosité jaunâtre. Dans la partie moyenne et postérieure des plexus choroïdes, de l'un et l'autre côtés, on remarquait une concrétion du volume d'un petit noyau de cerise: cette concrétion paraissait être formée par du phosphate calcaire. Il sortit du côté droit de la poitrine huit à dix onces de sérosité jaunâtre et opaque. Le poumon gauche adhérait à la plèvre

costale par une fausse membrane. Dans différens points des deux poumons, on voyait des traces d'une inflammation récente. En ces endroits, le tissu pulmonaire était dur et gorgé d'une sérosité puriforme.

On voyait encore au pli du coude l'ouverture de la saignée; en pressant sur les environs, il s'écoulait un peu de pus; le bras n'était ni dur ni gonflé. La veine céphalique, incisée, se trouva remplie de pus dans toute son étendue. La veine radiale superficielle contenait aussi du pus jusqu'à deux pouces environ de son origine. Ce pus était épais, bien lié, et d'un blanc mat, sans aucun mélange de sang; il semblait même que le sang n'était plus admis depuis plusieurs jours dans la veine céphalique. Les parois de ce vaisseau étaient très-épaissies, dures, rougeâtres à l'extérieur; sa surface interne avait une teinte uniformément grisâtre. Dans le tissu cellulaire inter-fibrilaire du grand pectoral du même côté, on remarquait aussi une certaine quantité de pus disséminé, assez épais et verdâtre (*a*).

Françoise Rousset, domestique, âgée de vingt-ans, d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution, avait toujours joui d'une parfaite santé jusqu'à son arrivée à Paris, qu'elle habitait depuis deux ans, lorsqu'elle entra à l'Hôtel-Dieu, le 15 juillet 1812.

Elle était affectée de vomissemens de sang qu'on attribuait à un dérangement des menstrues. Quelques heures après une saignée du pied gauche, qu'on lui pratiqua le 20 du même mois, elle éprouva une douleur très-aiguë

(*a*) Journal de Médecine, Chirurg., Pharm., etc., tome XII, page 417. (*Observation sur une inflammation de la veine céphalique, suivie de suppuration, par Le Hérissé.*)

à l'endroit de la piqûre, dont les bords devinrent durs et saillans. Ce gonflement s'étendit peu à peu jusqu'à la partie supérieure de la jambe, et les ganglions lymphatiques de l'aîne s'engorgèrent et devinrent douloureux. Il survint de la fièvre et de l'insomnie. Ces accidens durèrent jusqu'au 23 au soir, où les douleurs, ainsi que le gonflement, diminuèrent par l'emploi des cataplasmes, des bains locaux, du repos et des boissons délayantes. Alors on put voir la veine saphène dure, tendue, augmentée de volume, depuis deux travers de doigt au-dessous de la malléole jusqu'à la hauteur de l'origine du tendon d'Achille. Une friction avec les mains, dirigée vers l'ouverture de cette veine non encore cicatrisée, déterminait la sortie d'une petite quantité de pus épais, d'un blanc mat, mêlé de quelques stries rouges, prenant la forme sphérique à sa sortie, avant de tomber. Le 26, les douleurs avaient complètement cessé, la suppuration était tarie et la plaie cicatrisée; la veine, quoique diminuée de diamètre, conservait encore sa dureté lors de la sortie de la malade, le 5 août de la même année.

Fréaud (Jacques), pâtissier, âgé de trente-quatre ans, d'une assez bonne constitution, éprouvait depuis environ un an des douleurs vagues aux jambes; ces douleurs ayant redoublé dans le mois d'avril 1814, il se fit saigner trois fois au bras droit dans l'espace de quinze jours; les petites plaies résultant des saignées se cicatrisèrent chacune au bout de trente-six heures sans aucun accident. Les douleurs ayant reparu de nouveau, Fréaud eut recours au moyen qui l'avait d'abord soulagé, et se fit pratiquer une nouvelle saignée au bras gauche par le

même chirurgien. La plaie de la veine et des tégumens ne se ferma point comme dans les saignées précédentes; elle suppura, se couvrit de bourgeons charnus qui devinrent fongueux. La persistance de cette plaie, qui gênait les mouvemens du coude, l'espoir d'une prompte guérison, firent entrer Fréaud à l'Hôtel-Dieu le 10 septembre 1814, huit jours après sa dernière saignée. Il offrait alors au pli du bras, sur le trajet de la veine médiane céphalique, une petite plaie fongueuse, rendant un pus blanchâtre et non sanguinolent. De la charpie simple fut appliquée pendant les premiers jours; mais bientôt une légère inflammation érysipélato-phlegmoneuse se développa au pli et à la partie interne de ce bras: on parvint à la calmer par des cataplasmes émolliens. Le sixième jour, M. Dupuytren, ayant palpé avec soin la partie externe et antérieure du bras, sentit une espèce de cordon étendu depuis le pli du coude jusqu'à la partie supérieure du membre; la rénitence légère de ce cordon, sa forme cylindrique, sa situation sur le trajet de la veine céphalique, lui firent soupçonner qu'il était formé par cette veine enflammée. Le septième jour, un nouvel examen confirma M. Dupuytren dans son idée, et le huitième jour, pour en convaincre les élèves, il pratiqua, au tiers inférieur du cordon, une petite incision à l'aide d'une lancette; aussitôt jaillit un sang mêlé à du pus; et pour prouver que ce dernier liquide ne venait point du tissu cellulaire environnant la veine, comme le pensaient quelques personnes, il introduisit dans celle-ci un stylet qu'il fit pénétrer inférieurement à une assez grande profondeur; de plus, lorsqu'on comprimait au-dessous de la nouvelle plaie, le

sang et le pus cessaient de couler, et si l'on pratiquait au contraire la compression au-dessus, le sang mêlé au pus sortait par jets, surtout si en même temps le malade contractait ses muscles de l'avant-bras. Nul doute à tous ces signes que la veine céphalique ne fût enflammée. On continua l'usage des cataplasmes émolliens. Le neuvième jour, la cicatrisation de la nouvelle plaie était opérée; on en écarta les bords, et l'on fit sortir une nouvelle quantité de pus sanguinolent. Les jours suivans, on vit le cordon formé par la veine céphalique diminuer insensiblement de volume, et la plaie du pli du coude se cicatriser. Enfin, le seizième jour, les deux petites plaies de la veine étaient fermées; celle-ci n'offrait plus qu'une espèce de cordon bien moins volumineux que la veine du côté opposé, ce qui confirma l'opinion de M. Dupuytren, qui prétendait que cette veine ne donnerait plus passage au sang, et que, réduite d'abord en un cordon ligamenteux, elle se confondrait peu à peu avec le tissu cellulaire ambiant, comme la veine ombilicale chez l'adulte. On conçoit aussi que l'oblitération de cette veine entraînera très-peu d'accidens, à cause des nombreuses anastomoses qui existent au pli du coude entre les veines céphalique, basilique, etc. Quoi qu'il en soit, Fréaud sortit de l'hôpital le dix-septième jour après son entrée, ayant recouvré l'usage des mouvemens du coude, qui cependant étaient un peu gênés par l'état de flexion que le bras avait conservé durant sa maladie (*a*).

(*a*) Observation recueillie à la clinique de M. le professeur Dupuytren.

Un militaire âgé de trente-trois ans, d'une constitution détériorée par des travaux trop pénibles, entra, le 15 mai 1810, dans un hôpital militaire anglais, pour s'y faire traiter d'une ophthalmie. On lui ouvrit la veine médiane basilique du bras droit, on lui administra plusieurs potions purgatives, et il fut mis à la diète. En trois jours il fut convalescent, et put sortir de l'hôpital; mais il y rentra bientôt, parce que l'ophthalmie reparut avec une nouvelle intensité; il se plaignait aussi de douleurs au bras droit, et dit que la plaie faite par la lancette ne s'était point cicatrisée; que pendant quelques jours, elle avait été mise à nu; enfin, qu'il avait fait sur cette partie de légères frictions. En examinant la plaie, on vit que ses bords étaient écartés et renversés, et qu'il en sortait un peu de pus. Bientôt la douleur s'étendit au bras en suivant le trajet de la veine. Le pouls était fréquent. La partie fut couverte d'un cataplasme; l'on fit des fomentations sur le bras; enfin le malade fut purgé. Cependant la douleur s'accrut, les veines grossirent, la rougeur et la tension augmentèrent; mais la plaie ne changea point. On prescrivit le calomel à l'intérieur; douze sangsues furent appliquées sur le bras, et l'on continua l'usage des cataplasmes et des fomentations. Le lendemain, on trouva moins de sensibilité, de tension et de gonflement au membre affecté; la plaie était presque entièrement fermée. Le malade eut trois selles copieuses, et il parut mieux, quoique la fièvre n'eût pas cessé. On remplaça les fomentations et les cataplasmes émolliens par une lotion spiritueuse. La plaie se cicatrisa entièrement; mais l'état général ne s'améliora point. La fièvre continua et offrit évidemment les caractères du typhus.

Tous les symptômes généraux prirent beaucoup d'intensité, et l'on administra sans aucun avantage les médicamens recommandés dans ces circonstances. Enfin le 6 juin, le malade mourut.

A l'ouverture du cadavre, on vit que la piqûre de la veine médiane basilique était fermée, et l'on ne découvrit aucune altération produite par la lancette. La veine blessée parut très-dilatée, plus épaisse que dans l'état naturel et adhérente au tissu cellulaire ambiant. Du pus occupait la grande veine médiane, environ à deux pouces au-dessous de l'origine des médianes basilique et céphalique ; l'on en vit autant dans tout le trajet de la veine humérale jusqu'à l'axillaire. Là, se trouvait un dépôt irrégulier de lymphe adhérente à la membrane interne de la veine. Avant de passer sous la clavicule, et à un pouce de distance de cet os, le vaisseau reprenait tout-à-coup son aspect naturel, et l'on ne trouvait plus jusqu'au cœur aucune trace d'altération. Ce dernier organe était sain, à l'exception d'une petite tache circonscrite de lymphe sur sa face antérieure, et une semblable sur la surface opposée du péricarde, dans la cavité duquel il y avait un peu de liquide épanché, ainsi que dans les cavités du thorax (*a*).

Henri Pennak, âgé de vingt-deux ans, fut admis dans l'hôpital de Guy, le 4 mars 1818, pour un ulcère à la jambe, pendant le traitement duquel il fut atteint d'une pneumonie que l'on combattit par la saignée aux deux bras. Le défaut de soin pour le bras droit occasionna une hémorrhagie trois jours après la phlébotomie. Le ma-

(*a*) *On wounds and ligatures of veins*. Voyez *Surgical Essays by Astley Cooper and B. Travers*. P. 1, p. 225. *London*, 1818.

lade se plaignit de douleur à ce membre; la plaie s'enflamma, et la veine, ainsi que le tissu cellulaire environnant, devinrent durs comme une corde. La compression exercée sur le trajet de ce vaisseau déterminait une évacuation de pus par la plaie. Cependant l'inflammation était presque entièrement dissipée par l'emploi des fomentations et des cataplasmes, lorsque la phlegmasie de la poitrine prit un nouveau développement, et se termina d'une manière funeste cinq jours après la saignée.

L'examen anatomique des parties fit voir la petite plaie du bras gauche légèrement enflammée, et l'on découvrit un abcès au pli du coude du bras droit; la plaie des tégumens était agrandie par l'ulcération; mais celle de la veine paraissait fermée, et ses bords offraient un aspect blanchâtre, comme s'il en était sorti de la lymphe. La veine, dans l'étendue d'un pouce au-dessous et de quatre pouces au-dessus de la piqûre, se trouva remplie de coagulum dont l'extraction laissait voir la membrane interne du vaisseau enflammée, mais dans la longueur seulement de quatre ou cinq pouces.

Toute la surface de la plèvre était couverte d'une couche albumineuse très-épaisse et récemment déposée. Les poumons contenaient de nombreuses vomiques; il y avait un épanchement considérable dans les cavités de la poitrine; le cœur et les viscères abdominaux étaient sains (*a*).

(*a*) Benj. Travers, ouvrage cité.

§ II. *De l'Inflammation des veines produite par leur ligature et par l'excision des varices.*

Dans un mémoire fort curieux, et duquel nous avons extrait les deux dernières observations, M. B. Travers, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas à Londres, nous fait connaître les dangers qui peuvent résulter de l'inflammation des veines produite par leur ligature ou par leur division dans le traitement des varices.

Nous savons pourtant, ainsi que nous le rappelle M. B. Travers, qu'Hippocrate piquait les varices; qu'Ætius d'Amide, Paul d'Ægine, Avicenne et Albucasis décrivent l'opération de l'excision, et qu'elle paraît avoir été pratiquée par Fallope et Marc-Aurèle Severin; que les deux Fabrices plaçaient la partie variqueuse du vaisseau entre deux ligatures, et la vidaient par l'incision; qu'Ambroise Paré, Dionis, Petit et autres, ouvraient les varices pour en retirer les caillots, puis rapprochaient par la compression les parois du vaisseau. Cependant il est constant, d'après un grand nombre de faits, que la ligature et l'excision des varices ont donné lieu à des accidens inflammatoires dont la mort n'a été que trop souvent la terminaison.

En 1801, la ligature de la grande veine saphène fut pratiquée à l'hôpital de Guy, sur une vieille femme, pour la guérison d'ulcères variqueux aux jambes. L'opération se fit un peu au-dessus et sur le côté interne du genou; l'inflammation de la veine en fut le résultat, et plusieurs abcès se formèrent dans la direction du vaisseau, au-dessous de la ligature et sur le côté interne du gras de la jambe. Il y eut un trouble général des fonc-

tions; plusieurs des abcès s'ouvrirent et s'ulcérèrent, et la malade mourut d'épuisement. Dans un second cas, chez un homme, deux ligatures furent placées sur la veine, et le vaisseau fut divisé dans leur intervalle. Au bout de trois jours, le malade se plaignit de douleurs dans le trajet de la veine, depuis le lieu de sa division jusqu'à l'aîne. Une tache inflammatoire se manifesta sur la jambe, s'étendit du genou jusqu'à l'articulation du pied, et le jour suivant il y eut un gonflement considérable. La douleur au-dessus de la ligature se propageait jusque dans la cavité abdominale; la cuisse devint gonflée et sensible au toucher; toute l'économie animale fut ébranlée par cette maladie locale; il n'y eut point d'abcès; mais, comme dans l'observation précédente, le malade succomba à une inflammation étendue de la veine (a).

Un jeune homme de vingt-trois ans, d'une constitution pléthorique, était tourmenté depuis deux ou trois ans d'ulcères douloureux à la partie interne de l'articulation du pied droit avec la jambe, qui se fermaient et se rouvraient alternativement, de manière à l'empêcher de travailler. Il eut le desir, d'après le conseil de M. Travers, de se faire lier la veine saphène, qui était variqueuse. Une incision de trois quarts de pouce fut faite un peu au-dessus du point distendu, immédiatement sur la veine et dans la direction de son trajet. Le tissu cellulaire fut séparé avec soin, jusqu'à ce qu'on parvînt à la veine, qu'on mit à nu. Une aiguille portant une double ligature fut passée sous le vaisseau, et l'on eut soin de ne comprendre que lui dans l'anse de fil que l'on serra.

(a) Mémoire de M. B. Travers.

L'on divisa ensuite la veine entre les deux ligatures, et l'on rapprocha les lèvres de la plaie par une suture et un emplâtre agglutinatif, dans la vue de guérir par première intention. Le malade fut mis au lit, et fit usage d'embrocations froides. Le second jour, il prit une mixture apéritive. Le troisième, la plaie fut pansée et parut parfaitement réunie, à l'exception du point d'où les ligatures sortaient. La ligature fut coupée, et l'on appliqua un nouvel emplâtre agglutinatif. Ce jour-là, le malade se plaignit de douleurs dans la partie inférieure du membre, le long de la veine, depuis la ligature inférieure jusqu'au pied. Suivant son expression, on aurait dit que le sang faisait dans la veine des efforts pour surmonter l'obstacle produit par la ligature. Cette sensation disparaissait entièrement en appliquant un bandage modérément serré depuis les orteils jusqu'en haut. Le cinquième jour, il parut une petite marque érythémateuse vers la plaie. Il y eut un épistaxis, et l'on jugea à propos de tirer seize onces de sang par la saignée. Le sixième jour, il se manifesta de la douleur au côté interne du genou dans la direction de la veine: il n'y avait pourtant aucune inflammation extérieure sur ce point. Les lèvres de la plaie commencèrent à se désunir. Dans la soirée, le malade fut saisi d'un frisson violent, suivi de chaleur, et il eut un peu de délire. Le pouls, dur et plein, offrait cent trente pulsations. On réitéra la saignée, qui produisit un soulagement momentané. La moiteur et les sueurs survinrent, et après elles le malade goûta quelque repos; mais bientôt les symptômes fébriles reparurent avec la même violence; ils augmentèrent graduellement en fréquence, mais diminuèrent en force, jusqu'à ce

que la nature fût épuisée, et que la mort arrivât le vingt-deuxième jour après l'opération.

Pendant les quatre ou cinq jours qui suivirent le frisson, la plaie fournissait du pus en abondance; l'inflammation gagna graduellement la veine : elle s'était manifestée par la douleur qu'occasionnait la pression. Cependant la plaie était, avant la mort, presqu'entièrement guérie. Les ligatures s'étaient séparées le quatrième jour. Le traitement médical fut strictement anti-phlogistique; le malade fut saigné à diverses reprises, et chaque fois avec un soulagement apparent. Néanmoins, deux jours avant la mort, les forces vitales étaient si affaiblies qu'on fut obligé de recourir aux cordiaux.

Dans une autre observation, M. Travers fait connaître que l'inflammation de la veine fémorale peut être produite par la simple ligature de ce vaisseau.

Jean White, âgé de vingt-huit ans, fut admis à l'hôpital de Guy, dans le mois de novembre 1816, pour une tumeur anévrismale au jarret gauche. Pendant qu'on plaçait deux ligatures sur l'artère crurale, il survint une hémorragie par une petite plaie de la veine fémorale. Cet écoulement de sang fut d'abord incommode; mais on l'arrêta en embrassant la veine par un ruban de fil. Au bout de dix jours, un fil se détacha pendant le pansement; on crut qu'il provenait de la veine. Le lendemain, une légère hémorragie se fit par la plaie. Le malade se plaignit de douleurs au toucher, entre l'arcade crurale et la plaie, et dans la direction de l'artère fémorale. Du treizième au seizième jour, les deux ligatures se séparèrent; la plaie fournissait un pus de bonne nature; la tumeur du jarret était moindre et plus molle;

mais le malade se plaignait de céphalalgie; son pouls était plein et fréquent, le ventre libre, la soif peu vive. A l'exception de quelques légers accès de fièvre, tout alla bien jusqu'au vingt-cinquième jour, où, en pansant le malade, on vit que la plaie avait donné du sang: on évalua à douze onces environ la quantité de ce liquide qui était sortie. Le lendemain, l'hémorragie se renouvela deux fois, et un accès de fièvre parut et revint pendant les jours suivans. Le pouls avait de la fréquence; l'on remarquait un changement notable dans la physionomie. La tumeur de la partie inférieure de la cuisse et du jarret continuait à diminuer; mais la jambe offrait un engorgement œdémateux cédant sous la pression du doigt. Le malade s'affaiblit de plus en plus, et le trente-deuxième jour après l'opération il cessa d'exister. A l'examen du cadavre, on trouva le membre, et principalement la jambe et le pied, œdémateux, la plaie en suppuration et offrant dans son fond quelques granulations. Le bout de l'artère divisée parut sain. La veine fémorale ainsi que la crurale profonde étaient remplies par une matière qui adhérait à leurs parois. Un chalumeau ayant été introduit dans la partie supérieure de la veine fémorale, l'air passa, par l'insufflation, jusqu'à la plaie extérieure. On fit la même expérience sur l'artère fémorale; mais elle parut n'avoir aucune communication avec la plaie externe. On ouvrit ensuite la veine: sa membrane interne fut trouvée recouverte par une fausse membrane, et ses parois, vers sa partie inférieure, adhéraient entre elles. Ce vaisseau ne contenait rien qui ressemblât à du sang; toutes ses membranes étaient très-épaissies, et sa capacité diminuait graduellement jusqu'à

la plaie, où il était complètement oblitéré. Il existait une ouverture aux parois de cette veine, à environ trois quarts de pouce au-dessus de la partie oblitérée, et cette ouverture communiquait avec la plaie externe. L'inflammation adhésive s'était étendue de la surface interne de la veine fémorale jusqu'à l'iliaque et la bifurcation de la veine cave. Cette dernière était aussi enflammée; mais la phlegmasie n'avait produit ni lymphe ni pus. La surface interne de la veine iliaque offrait la même apparence que celle de la fémorale. L'iliaque correspondante n'était pas affectée. La surface interne de l'artère était saine; le caillot lymphatique s'étendait à une distance assez considérable au-dessus de la ligature, et son bout était resserré et oblitéré. Il y avait un épanchement séreux considérable dans la poitrine; l'un des lobes du poumon gauche était recouvert d'un dépôt récent de lymphe, et la substance parenchymateuse des poumons paraissait avoir été enflammée. Il y avait aussi une légère teinte inflammatoire à la surface des intestins.

§ III. *De l'Inflammation des Veines à la suite des amputations.*

J. Hunter a plusieurs fois reconnu par la dissection que les veines peuvent s'enflammer après l'amputation d'un membre, et c'est cette phlegmasie qu'il accuse de produire la douleur, le gonflement des parties et la propagation de l'inflammation dans tout le membre, et très-loin au-dessus de la surface traumatique. La ligature des veines et des artères est regardée comme étant la cause déterminante de ces accidens dans la plupart

des cas; cependant on peut raisonnablement admettre que l'inflammation, dont le moignon est le siége, peut facilement s'étendre aux veines qui s'y rendent, et qu'elle se propage ensuite le long de ces canaux vasculaires.

M. B. Travers croit que les ligatures des veines, dans les amputations, sont nuisibles en déterminant les accidens dont nous parlons. J'ai entendu dire à M. Larrey que les inflammations qui se manifestent dans ces circonstances, et qui s'étendent parfois jusque dans les cavités du tronc, pouvaient bien être dues à la compression des filets nerveux du trisplanchnique qui forment, comme l'on sait, une sorte de réseau sur les artères. Cependant je tiens de M. Hammick, chirurgien en chef du plus grand hôpital de la marine en Angleterre, qu'il avait très-fréquemment lié les veines dans les amputations, et presque toujours impunément. Je puis assurer avoir trouvé des traces manifestes de phlegmasie dans les veines sur un grand nombre de sujets morts à la suite d'amputation de la jambe ou de la cuisse, et dont j'ai disséqué avec soin le moignon pour étudier la cicatrisation dans les différens tissus.

Un jeune militaire de vingt-deux ans, d'une bonne constitution, reçut à la bataille de Laon, en 1814, une balle qui lui fit une plaie à l'avant-bras droit, et lui fractura les os près de leur articulation avec l'humérus. Plusieurs hémorragies, le manque de soin, le transport du blessé d'un hôpital dans un autre, l'affaiblirent, et influèrent sur sa plaie de manière à lui faire prendre un mauvais caractère; la diarrhée survint et produisit un épuisement auquel le malade succomba. L'examen du bras avait fait remarquer une dureté qui suivait le trajet des

veines, et la dissection des parties fit reconnaître que la veine médiane céphalique et la radiale superficielle avaient une résistance et une épaisseur contre nature dans un pouce d'étendue. Dans cet endroit, la membrane celluleuse était épaissie et rouge. Ayant disséqué ces veines jusqu'à leur réunion à la céphalique, et celle-ci jusqu'à la hauteur de l'attache du deltoïde, leurs parois parurent moins résistantes, et leur couleur sembla moins foncée que dans l'état ordinaire. La cavité de ces vaisseaux, mise à nu par une incision longitudinale de leurs parois, fut trouvée remplie par un pus blanc, bien lié, épais et sans odeur. Ce liquide formait sur la membrane interne un enduit blanc-grisâtre, qui s'enlevait facilement. Cette membrane était légèrement rouge dans toute l'étendue où elle avait été en contact avec le pus, et particulièrement vers les valvules, qui paraissaient sensiblement épaissies. Ces altérations se terminaient en haut par des caillots, des flocons de pus, et un rétrécissement du canal plus marqué que dans le reste de la veine (*a*).

Jean Crute, âgé de trente ans, subit l'amputation de la jambe droite, au-dessus du genou, pour une maladie scrophuleuse ancienne de cette articulation. Sa santé générale n'était pas très-détériorée. Pendant les deux premiers jours qui suivirent l'opération, le malade parut extraordinairement faible; il poussait de profonds soupirs et parlait très-peu. Dans la soirée du troisième jour, on reconnut que le trouble général était plus grand que d'ordinaire après une amputation. Pendant la nuit, il

(*a*) L. B. Longuet, l. c., p. 26.

eut plusieurs vomissemens bilieux et fut très-agité. Le lendemain, le pouls fut trouvé très-fréquent et très-dur, on tira du bras vingt onces de sang, et l'on prescrivit quelques apéritifs. Le pouls baissa, devint mou, et le malade fut soulagé, quoique les vomissemens continuassent par intervalles. Le moignon mis à nu, on vit que les bords de la plaie étaient séparés, et il se fit un écoulement abondant de sang grumeleux et de sanie purulente. Des fomentations émollientes et un cataplasme furent appliqués sur le moignon; dans la soirée, il y eut un paroxysme; la fièvre et le délire se manifestèrent. Le cinquième jour, le pouls prit encore plus de fréquence; les traits de la face s'altérèrent, et dans la soirée, le malade s'éteignit.

L'examen anatomique fit voir que l'artère était saine, qu'un caillot albumineux consistant obstruait le canal contracté sur lui-même. Il y avait sur la veine fémorale une ligature qui y avait été appliquée pour arrêter une hémorragie provenant en apparence de cette veine. Depuis cette ligature, le long des veines fémorale, iliaque externe et cave, jusqu'à l'endroit où les rénales arrivent à cette dernière, la membrane interne était tapissée par de larges plaques albumineuses. Il y avait aussi des traces d'une inflammation légère, s'étendant jusqu'à l'oreillette droite du cœur; mais les caractères de l'inflammation adhésive étaient tels que je viens de les décrire. Entre les ouvertures de la veine fémorale et de l'artère, on découvrit une petite branche naissant immédiatement au-dessus de la ligature de l'artère, et il n'y avait pas de doute que l'hémorragie ne se fût faite par ce vaisseau.

Un homme de moyen âge, d'une mauvaise constitution produite par l'intempérance, fut admis dans un hôpital pour une ulcération très-étendue de la jambe. L'amputation, comme ressource dernière, fut pratiquée au-dessus du genou, et l'on appliqua une ligature sur la veine comme sur l'artère. Le cinquième jour après l'opération, l'amputé éprouva une fièvre très-forte, qui ne fit qu'augmenter pendant les deux jours suivans. Le septième, il y eut du délire, et le malade mourut le neuvième jour.

Les bouts de l'artère et de la veine embrassés par la ligature furent trouvés, lors de la dissection, dans un état de gangrène, et dans une étendue de quelques pouces au-dessus de la ligature, la veine contenait une fausse membrane mêlée à de la matière purulente.

Après avoir donné ces observations sur l'influence de la ligature des veines pour produire l'inflammation, M. B. Travers fait connaître, d'après des expériences qui lui sont propres, le mode d'agir des ligatures appliquées sur des veines. Suivant cet auteur, une ligature ne divise pas la membrane interne d'une veine, soit chez l'homme, soit chez les animaux. Elle allonge seulement cette membrane, et lui imprime une ligne visible de dépression, qui semble être d'abord une ligne de séparation ; et l'on dirait que la tunique externe ou cellulaire est seulement divisée. En examinant la veine jugulaire d'un cheval au bout de vingt-quatre heures, de trois ou de cinq jours, il n'a pu apercevoir aucune différence dans les apparences. La veine, tant au-dessus qu'au-dessous, est plissée longitudinalement de chaque côté de la ligature. La portion voisine du cœur est parfaitement

vide et affaissée sur elle-même ; celle qui est voisine de l'extrémité est distendue par un long caillot de sang, généralement consistant, qui est moulé sur le vaisseau, et porte l'impression de ses valvules semi-lunaires. Le caillot s'étend dans une longueur de plusieurs pouces ; il n'est pas toujours compacte et lamelleux, ou adhérent à la membrane interne. Parfois il est peu consistant et divisé ; mais il remplit toujours le cylindre de la veine. Il n'y a ni rougeur sur la membrane interne, encore moins de signes d'inflammation adhésive, ou d'épaississement des membranes de la veine, ou d'agglutination des replis contigus : ces replis s'effacent lorsqu'on enlève la ligature ; mais la gaîne cellulaire de la veine est épaissie par un dépôt de lymphe dans le voisinage de la ligature. La division du vaisseau entre deux ligatures permet la rétraction des bouts divisés, dans l'étendue d'un pouce, sans produire aucune différence dans l'état que je viens de décrire. Au bout de sept jours, l'épanchement de lymphe dans la gaîne cellulaire est tellement augmenté autour de la ligature, qu'il forme pour elle une sorte de canal distinct de la plaie. L'ulcération des membranes de la veine existe déjà au neuvième jour, et elle marche progressivement jusqu'à ce que la séparation soit accomplie. Ce travail forme une période de quinze à vingt-cinq jours. Chez un cheval jeune et vigoureux, la ligature ne tomba point avant le vingt-cinquième jour. Les bouts ulcérés de la veine étaient séparés dans l'espace d'un pouce, et unis à la gaîne cellulaire par un dépôt albumineux formant une couche solide et lisse. La membrane interne de la portion supérieure de la veine avait un bord mince ; le bord inférieur était uni

et enfoncé dans la plaie. Ces deux bouts n'avaient éprouvé d'autre contraction que celle qui dépendait de l'adhérence de l'extrémité ulcérée de la gaîne. La portion de la veine voisine du cœur se trouvait vide. La portion supérieure se trouvait remplie par un caillot lamelleux, épais, adhérent d'une manière intime à la membrane interne, qui paraissait décolorée. En séparant avec précaution le feuillet qui tapisse l'intérieur de la veine, on ne put découvrir aucun épaississement des membranes de ce vaisseau, ni aucune apparence d'inflammation dans son canal. Rien de semblable n'existait dans la portion inférieure.

L'effet d'une ligature sur une artère est aujourd'hui si bien connu qu'il serait parfaitement inutile de s'y arrêter ou d'en parler de nouveau, s'il ne fallait pas montrer ici en quoi il diffère de l'état précédent.

La membrane interne d'une artère est divisée par une ligature ronde; le resserrement du canal dans le lieu de la ligature est rendu permanent par un dépôt de lymphe entre les membranes du vaisseau. Cette sécrétion se porte en quelques heures de la fissure produite par la ligature jusqu'au point opposé, et finit par amener une union solide entre les parois du vaisseau. La ligature, qui se sépare au bout de dix, quinze ou vingt jours, laisse les bouts contractés à une petite distance l'un de l'autre et adhérens à la gaîne, en représentant une sorte de cône; le tube est complètement fermé à chaque bout par un caillot de lymphe qui en bouche complètement l'orifice, et un caillot de sang se trouve ordinairement dans l'intérieur du vaisseau. L'épaississement de la gaîne par un dépôt adhérent à l'extérieur, et l'épaississement des mem-

branes des deux bouts du vaisseau, sont les seuls points de ressemblance entre les veines et les artères embrassées par des ligatures. La compression, qui n'est qu'une ligature plus large, ne produirait aucune différence dans ses résultats si on l'appliquait à une veine. Exercée sur une artère, il est bien connu qu'elle agit comme une ligature, mais avec plus de lenteur.

Ces expériences furent faites sur la veine jugulaire du cheval. Les veines du corps que l'on ouvre dans la saignée sont trop petites pour montrer d'une manière aussi satisfaisante le mécanisme de la guérison. M. Travers dit en avoir examiné plusieurs après la mort, et à des époques plus ou moins éloignées. Il a trouvé, dans les plaies récemment faites, un petit caillot et plus ou moins d'ecchymose dans le tissu cellulaire. La plaie présente une figure ovalaire, et lorsqu'elle est nouvelle, le renversement de ses bords est manifeste. La cicatrice conserve cette forme, quoiqu'à un moindre degré; elle est plus transparente que le reste du cylindre, et peut facilement s'apercevoir, même lorsqu'elle est ancienne, en regardant la veine à la lumière. M. B. Travers dit n'avoir jamais observé que la membrane de la cicatrice formât une poche ainsi qu'on la décrit pour les veines du cheval. Il n'y a aucune adhérence extraordinaire du tissu cellulaire et de la veine, et par conséquent il n'existe point de connexion plus étroite entre les cicatrices des tégumens et de la veine que par-tout ailleurs.

D'après tout ce que nous venons de voir, il paraît, suivant M. Travers, que la membrane interne d'une veine, au lieu d'être aussi fortement disposée à l'inflammation adhésive que le prétend Bichat, est au contraire,

en la comparant avec celle d'une artère, très-peu susceptible d'une telle inflammation. En outre, le mode de guérison et de division par l'ulcération semble avoir lieu sans aucun signe de l'action inflammatoire sur la membrane interne.

Les artères sont promptement et fortement disposées à l'adhérence, et les hémorragies qui suivent la ligature après un certain laps de temps dépendent, soit d'un état morbide de l'artère, lequel empêche son inflammation et la sécrétion de la lymphe, soit de la destruction, par l'ulcération ou la suppuration, d'une adhérence qui s'était établie. C'est par la dernière de ces causes que l'hémorragie est produite au bout de trente à quarante jours; car s'il n'y avait pas d'adhérence, elle surviendrait plus promptement. La contractilité de tissu serait d'un bien faible secours, en supposant même qu'elle s'exerçât au degré que l'on suppose.

Les parois des veines n'adhèrent que difficilement entre elles après que ces vaisseaux ont été liés. Leurs plaies, dans les circonstances ordinaires, ne se cicatrisent pas immédiatement, et leurs bouts divisés ne se contractent ni ne s'enflamment. En outre, les hémorragies des veines se reproduisent très-facilement quand de gros vaisseaux ont été blessés, et ces accidens peuvent se manifester plusieurs jours après la blessure.

Le peu de disposition de la membrane des veines à s'enflammer n'est pas incompatible avec sa susceptibilité, après une excitation extraordinaire, à éprouver une phlegmasie des plus intenses. Il n'est pas rare de trouver les actions morbides des parties très-difficiles à calmer et à arrêter, quoique parfois il ait fallu les causes les plus

énergiques pour leur donner la première impulsion. Les diverses terminaisons de l'inflammation des membranes des veines, leurs divers états d'adhérence, de suppuration, d'ulcération, et la disposition que la phlegmasie paraît avoir à s'étendre par continuité, sont des signes caractéristiques de l'inflammation du tissu cellulaire, ainsi qu'on le voit dans l'érysipèle et quelques autres affections, et doivent être en conséquence rapportés à la prédominance de ce tissu dans la composition de ces vaisseaux. Il paraît difficile d'assigner la nature de la cause immédiate de cette inflammation : si nous la rapportons à l'opération de la phlébotomie ou à toute autre cause analogue et purement locale, comment expliquer sa rareté après une opération aussi commune et aussi répandue que la saignée : encore ne parlons-nous point des autres opérations chirurgicales et des accidens où les veines sont blessées, lacérées, contuses, comprimées, ulcérées, etc. En outre, nous verrons, dans l'histoire générale de cette maladie, qu'elle vient à la suite de modes opposés et divers d'irritation locale. L'insuffisance apparente de l'injure locale comme cause, la rapidité et la violence de l'inflammation, et les symptômes sympathiques ou généraux très-intenses qui se manifestent, doivent d'autre part engager à regarder cette phlegmasie comme dépendant d'un état particulier de la constitution, et l'on ne peut admettre comme objections que des saignées subséquentes faites à ces malades n'ont pas été suivies d'effets locaux semblables. Cependant, si l'on cherche les rapports de la rareté des cas d'inflammation avec la fréquence de l'opération, on trouvera, neuf fois sur dix, que cette inflammation dépend d'une lésion lo-

cale, quoique simple. L'exposition à l'air de la cavité de la veine est une circonstance qui souvent n'accompagne point les lésions par lesquelles l'inflammation est produite, et la veine peut être mise à nu et sa cavité à découvert sans qu'il en résulte rien de fâcheux. La non adhérence et l'ulcération de la plaie des tégumens est un effet de la suppuration établie au-dessous. L'abcès sous-cutané, comme l'a observé J. Hunter, n'est rien si la veine et les parties soujacentes sont réunies. Chez l'homme, un abcès sous la plaie et une inflammation diffuse dans le tissu cellulaire sous-cutané, les vaisseaux lymphatiques, leurs ganglions, et même dans l'aponévrose, entraînant un gonflement œdémateux et une tension du membre entier, sont certainement des suites plus fréquentes de la saignée que l'inflammation de la veine, surtout quand la plaie a été négligée ou mal traitée, ou quand on a laissé le malade se servir inconsidérément de son bras.

Il paraît que la plaie d'une veine après la saignée ne se réunit pas directement, mais que le sang épanché en dernier forme un coagulum sur la plaie, que l'agglutination est complète entre ce caillot et les bords de l'orifice qu'il occupe, et que ce caillot sert pour la production de la nouvelle membrane. Si, par une cause quelconque, la suppuration survient, le caillot est déplacé, et l'ulcération s'empare alors des bords de la plaie, en augmente l'étendue, lui donne une forme circulaire, et finit par détruire toute la circonférence du tube vasculaire.

J. Hunter, dont la perspicacité ne laissait rien échapper, avait vu que l'inflammation se développait entre la partie

liée ou blessée et le cœur. L'inflammation ulcérative sur les bords de la plaie détruit le travail par lequel la réparation doit s'effectuer, et qui, par le renversement de ses bords et la présence du caillot, est rendu en quelque sorte étranger au canal. Voilà donc une cause d'irritation bien suffisante pour produire l'inflammation à laquelle cette membrane est si éminemment disposée. Ainsi l'imperfection de la réunion étend son influence sur la cavité de la veine; et si la présence d'un thrombus, la destruction de l'agglutination, le déplacement du caillot par des hémorragies secondaires, l'exercice immédiat et inconsidéré du membre, des frictions faites sur la plaie ou l'application d'emplâtres agglutinatifs, qui souvent l'enflamment, sont tous ensemble, ou quelques-uns d'entre eux seulement, des causes suffisantes de l'inflammation suppurative dans le voisinage de la plaie, ces mêmes causes prédisposent aussi à l'accident grave qui nous occupe, quoiqu'on puisse souvent empêcher l'inflammation de s'étendre dans l'intérieur de la veine. Si la plaie des veines se guérissait comme celle d'une artère, elles ne seraient pas exposées, après la saignée, à l'inflammation secondaire.

Quoique M. Travers regarde comme hors de doute l'existence de l'oblitération des veines, cependant il ne pense pas que l'union des parois de ce vaisseau se fasse comme le disent Hunter et M. Hodgson, ou comme on l'observe dans les artères à la suite d'une inflammation très-intense. Le canal du vaisseau diminue lorsque l'obstruction est arrivée simplement, et il est alors rempli par des couches de coagulum; mais il n'y a ni tendance à la contraction de ce canal, ni aucune disposition à l'adhé-

sion des parois du vaisseau, et la sécrétion excessive dans l'un, et le coagulum énorme dans l'autre, sont des barrières égales à cette union. La disposition de la membrane des veines à l'inflammation suppurative, ou au moins à l'inflammation mixte, est une circonstance défavorable à l'adhésion primitive. Les parois d'une veine ne s'unissent pas non plus l'une à l'autre lorsqu'une suppuration abondante se fait sur la membrane interne. J. Hunter a probablement voulu désigner les veines lorsqu'il a dit que quelques surfaces ne présentent pas une aussi grande aptitude que d'autres à l'union primitive ou inflammation adhésive, lorsqu'une grande quantité de liqueur albumineuse concrescible (*coagulating lymph*) est sécrétée par ces surfaces (*a*). Si l'inflammation est moins intense, si la veine reprend à-peu-près son apparence ordinaire, son canal alors se contracte graduellement jusqu'à l'oblitération, et il se fait entre les membranes du vaisseau un dépôt d'une matière qui augmente leur densité et leur épaisseur, et qui le change en un cordon cylindrique et solide, d'une dureté cartilagineuse, et dont la coupe transversale laisse voir le canal plus étroit que dans l'état sain.

M. Simpson de Saint-André, dans une opération pour extirper une tumeur du cou profondément située, fit la ligature de la veine jugulaire, qui était comprise dans une partie de la tumeur. Au bout de huit jours, il coupa la veine immédiatement au-dessous de la ligature; il la trouva solide et presque cartilagineuse. M. Travers croit que cet état de la veine était l'effet de l'épaississement *in-*

(*a*) Hunter. *On the blood and inflammation*, p. 315.

terstitiel des parois de ce vaisseau, qui finit par amener son oblitération, car la situation des parties ne permettait pas d'admettre ici la présence d'un caillot sanguin. Il n'ose décider si, dans une veine variqueuse qui se consolide, c'est par l'épaississement *interstitiel* ou par un caillot étendu et compacte que se fait l'oblitération ; cependant il paraît pencher pour le dernier procédé. Dans l'un et l'autre cas, il croit que la veine est définitivement réduite, par l'absorption *interstitielle*, à cet état ligamenteux dans lequel se trouvent si souvent les vaisseaux oblitérés. Quoi qu'il en soit, il en conclut que dans la cure d'une varice, soit par la ligature, soit par la division de la veine, la guérison n'est jamais effectuée par l'inflammation de la membrane interne (*a*).

§ IV. *Inflammation des Veines à la suite de la ligature du cordon ombilical.*

Meckel a vu survenir chez un enfant, peu après la naissance, des vomissemens, des coliques, la diarrhée, l'ictère, de la fièvre, et des phénomènes nerveux variés. La mort eut lieu au dixième jour de la naissance. A l'ouverture du cadavre, on trouva le péritoine enflammé, recouvert d'une fausse membrane, et un épanchement puriforme dans la cavité abdominale. Les branches de la veine porte, et surtout celles de la veine ombilicale, étaient très-tuméfiées, leurs parois très-épaisses; celles de la veine ombilicale et ses premières branches

(1) B. TRAVERS. *On wounds and ligatures of veins*, p. 282.

dans le foie, avaient l'épaisseur d'une ligne ou deux, et étaient recouvertes d'une fausse membrane très-adhérente. »

Osiander a fait connaître un fait analogue : « Un enfant fut attaqué d'un érysipèle qui s'étendit bientôt sur tout le corps; il mourut le troisième jour de sa naissance. Les intestins et le foie étaient enflammés à leur extérieur, recouverts de fausses membranes, et enduits de matière purulente. La veine ombilicale était, depuis le nombril jusqu'au foie, remplie d'un pus jaune. Enfin Meckel nous a transmis l'histoire d'un enfant qui vint au monde avec une hernie inguinale étranglée, suite de la compression de l'abdomen durant l'accouchement. La hernie ne put être réduite que le troisième jour après la naissance; mais il resta des coliques très-vives, et du météorisme auquel vinrent se joindre l'ictère et des vomissemens. La mort arriva le septième jour. A l'ouverture du corps, on découvrit toutes les lésions propres à la péritonite; la veine ombilicale était très-enflammée, ses parois se trouvaient tapissées de pus, et sa surface interne offrait des ulcérations (*a*). »

§ V. *Inflammation des veines crurales à la suite des couches.*

Meckel a publié, dans la Dissertation de Sasse, plusieurs faits d'inflammation des veines crurales à la suite des couches. Schwilgué lui a emprunté l'histoire de la maladie d'une femme qui mourut plusieurs semaines

(*a*) Schwilgué. Faits pour servir à l'histoire des inflammations veineuses et artérielles, Biblioth. médic., tome XVI, p. 114.

après l'accouchement. Peu de temps s'était écoulé depuis sa délivrance, qu'elle éprouva de la fièvre, des tiraillemens douloureux dans l'abdomen et dans le bassin, qui disparurent; mais au bout d'environ trois semaines, il survint une fièvre erratique, de l'expectoration, une douleur dans la région du foie ainsi que dans la hanche gauche, et une douleur intolérable dans la cuisse du même côté. A l'examen du cadavre, on trouva la cavité abdominale remplie d'une matière purulente, le foie très-volumineux, et les poumons sains. Les vaisseaux cruraux étaient, ainsi que les nerfs du même nom, entourés d'une matière puriforme. La veine crurale, examinée depuis son origine jusqu'au genou, avait l'épaisseur et la consistance de l'artère; elle était remplie de pus et de sang, tandis que l'artère ne contenait que de ce dernier. Les parois de la veine criaient sous les ciseaux; sa membrane interne, bien lavée, était plus spongieuse que dans l'état ordinaire, et recouverte d'une fausse membrane très-distincte, qui s'en laissait détacher par lambeaux. Ses valvules étaient en partie corrodées, déchirées, et en partie épaissies, tuméfiées, et de couleur foncée (*a*). »

M. Travers cite, d'après M. Wilson (*b*), une observation d'une inflammation de la matrice, provenant en apparence des veines utérines, après un accouchement récent, et il dit que dans d'autres circonstances la phlegmasie peut passer des parties enflammées jusqu'à ces vaisseaux. Il a vu l'inflammation s'étendre aux veines iliaques, à la veine cave inférieure, jusqu'à la

(*a*) Schwilgué, Mémoire cité, p. 194.

(*b*) *Medic. and Chirurg. Transact.*, vol. III, p. 65.

naissance de la veine cave hépatique. Les membranes de ces vaisseaux étaient très-épaissies, et leurs cavités pleines de caillots. Depuis les veines rénales inférieurement, la veine cave était remplie par une fausse membrane adhérente à ses parois. Il découvrit un abcès contenant quatre onces d'un pus bien formé, entre les veines rénales et hépatiques. Immédiatement au-dessous de la naissance de ces dernières, la cavité de la veine cave était resserrée et oblitérée par un dépôt de matière albumineuse. M. Wilson a observé des altérations semblables dans les veines de l'utérus, et s'étendant à la veine cave, dans le corps de deux femmes mortes peu de jours après l'enfantement; et le docteur Clarke (*a*) assure qu'il a trouvé du pus dans les veines utérines dans des cas de péritonite puerpérale (*b*).

Cette observation a été faite depuis très-long-temps par un médecin français des plus respectables et des plus savans. M. le professeur Chaussier a fréquemment trouvé dans les ouvertures qu'il a pratiquées de femmes mortes à la suite des couches, avec péritonite, à l'hospice de la Maternité, que les veines des viscères abdominaux étaient remplies d'une suppuration sanieuse; et M. Ribes a rencontré sur une femme morte d'une inflammation du bas-ventre, quelques jours après sa couche, toutes les veines de l'abdomen gorgées de sanie purulente.

(*a*) *Practical Essays on the management of pregnancy*, pag. 63-72.

(*b*) B. Travers, Mémoire cité, p. 251.

§ VI. *Inflammation des veines de l'utérus et des ovaires à la suite de l'avortement.*

« Une femme fit une fausse couche au septième mois de gestation, et le placenta n'ayant pu être extrait que par les moyens de l'art, à cause d'une hémorragie très-abondante, il survint de la fièvre, une éruption miliaire, une douleur dans les lombes et dans le bassin. Une matière purulente s'écoula des organes génitaux et du rectum. Après la mort, on trouva, entre la paroi postérieure de l'utérus et le vagin, un abcès qui s'ouvrait dans le rectum. Les veines de l'utérus et des ovaires étaient enflammées, leurs parois épaissies, leur cavité ulcérée et remplie de pus. Toute la veine rénale droite et la portion de la veine cave qui reçoit cette dernière, étaient enflammées, rouges, tuméfiées, et pleines d'un caillot de sang qui, dans son milieu, contenait une matière blanche, épaisse et puriforme (*a*). »

§ VII. *Inflammation des veines par leur communication directe ou leur contact avec d'autres tissus malades.*

M. le docteur Fizeau a publié une observation sur une suppuration dans les veines hépatiques avec affection organique des canaux biliaires. Nous croyons devoir rapporter la phlegmasie des veines dans cette circonstance à l'influence de la proximité ou du contact de ces vaisseaux avec une dégénérescence d'une partie des voies biliaires. Le sujet de cette observation était un jeune homme de vingt ans, très-studieux, d'un caractère doux, d'une consti-

(*a*) Schwilgué, *loc. cit.*, p. 196.

tution délicate. Quoique né de parens sains, il avait presque toujours été malingre dans son enfance. La maladie qui le conduisit au tombeau commença et marcha comme une fièvre bilieuse très-intense ; elle céda, à la fin du premier septénaire, aux moyens qu'on a coutume d'employer contre ce genre de fièvres. Elle revint avec le type intermittent, mais du reste avec les mêmes symptômes bilieux, et céda aux mêmes remèdes, les évacuans et les amers. Une seconde rechute fut combattue par les mêmes moyens ; mais la jaunisse, qui ne se dissipa point, et l'enflure qui commença, annoncèrent que le principe du mal n'était pas détruit. Une troisième rechute eut lieu au bout de quelques jours ; la fièvre fut beaucoup plus violente ; les accès ou plutôt les redoublemens, au nombre de trois ou quatre par jour, ne laissèrent aucun intervalle d'apyrexie. L'enflure fit des progrès, le ventre se gonfla, les hémorragies symptomatiques se manifestèrent, l'oppression devint extrême. On donna les apozèmes purgatifs, fébrifuges, et les apéritifs. Les vésicatoires furent mis aux jambes : les accès diminuèrent, s'éloignèrent ; la fièvre redevint encore intermittente. Enfin, au bout de quelques jours, elle reprit le type rémittent, avec des redoublemens irréguliers, et continua ainsi pendant les quinze derniers jours de la vie. La nature de la maladie ne fut connue que dans les deux derniers septénaires. La continuité de la fièvre avec des redoublemens, comme dans la fièvre hectique de certaines phthisies aiguës, l'absence des symptômes bilieux, l'appétit, qui se conserva jusqu'au dernier moment, la sécheresse, la couleur terne de la peau, etc., tout indiquait assez manifestement une suppuration in-

terne; mais il n'était guère possible d'en assigner le siége. La présence de l'ictère, au commencement de la maladie, portait à croire que le mal existait dans le foie; mais sa disparition lorsque la maladie s'est aggravée et mieux caractérisée, l'absence totale de la douleur et même du plus léger embarras dans la région du foie, l'intermittence de la fièvre pendant long-temps, semblaient éloigner l'idée d'une phlegmasie aiguë.

Ouverture du cadavre. Les cuisses et les jambes étaient infiltrées; l'abdomen contenait beaucoup de sérosité jaunâtre. Nulle trace d'inflammation n'existait dans le péritoine ni dans le canal alimentaire. L'estomac, les intestins, pâles à l'intérieur et à l'extérieur, paraissaient dans l'état naturel. Ils contenaient un peu de mucosité blanchâtre, qui, vers le duodénum, semblait être du pus; point de matières fécales moulées ni colorées : cependant les selles avaient toujours été colorées. Le foie avait son volume naturel; pâle à l'extérieur, son tissu était parfaitement sain; mais en l'incisant, on voyait sortir une grande quantité de pus des canaux que l'on prit d'abord pour les conduits biliaires. En examinant leur volume et leur position, on reconnut que c'étaient les veines hépatiques; plusieurs avaient en effet le diamètre d'un gros tuyau de plume; de plus, ils étaient tous isolés. Leurs parois, adhérentes à leur enveloppe celluleuse, ne s'affaissaient point quand on les coupait transversalement, ainsi que le font celles de la veine porte. Enfin, ils n'étaient pas accompagnés des artères hépatiques et des conduits biliaires. Les gros troncs de ces canaux étaient pleins de pus, comme les plus petits rameaux, tant qu'on pouvait les suivre; leurs

parois étaient saines, ainsi que la membrane propre du foie. Il n'y avait pas de foyer de pus dans la substance de ce viscère, et malgré les recherches les plus exactes, il fut impossible de trouver l'origine de ce liquide : on remarquait seulement qu'il n'avait pas la même couleur par-tout. En général, il était très-fétide; mais dans des endroits, il avait une couleur lie de vin, quoique le tissu du foie fût très-sain; dans d'autres, il était blanc et semblable au pus d'un phlegmon. Du reste, il paraissait accumulé en très-grande quantité, au point de distendre les canaux qui le contenaient; car, lorsqu'on les ouvrait, il sortait rapidement et à flots, comme d'un abcès volumineux. L'artère hépatique et la veine porte, avec leurs divisions, en un mot, les vaisseaux entourés de la capsule de Glisson, étaient dans l'état naturel. La vésicule biliaire était très-petite, vide; ses parois avaient une grande épaisseur, elles paraissaient presque aussi dures qu'un cartilage; mais la membrane interne était saine et enduite d'une très-petite quantité de liquide visqueux et jaune : le péritoine ne semblait pas non plus altéré. Les conduits cystique, hépatique et cholédoque étaient compris dans une masse de substance blanche, presqu'aussi dure qu'un cartilage, qui les entourait en entier, de même que les gros vaisseaux de la scissure transverse. On voyait de plus une tumeur grosse comme un petit œuf de poule, d'un tissu blanc, homogène, ressemblant aux tubercules non suppurés, et moins dur que le reste de la masse (*a*).

Dans les affections cancéreuses et carcinomateuses d'une certaine étendue, dans les érysipèles phlegmoneux, j'ai

(*a*) Bibliothèque médicale, tome XXXVIII, p. 209.

assez fréquemment rencontré, après la mort des sujets, du pus dans les veines et une rougeur très-remarquable dans les artères, non-seulement dans le voisinage des parties affectées, mais encore dans des régions très-éloignées, et surtout dans les principaux troncs vasculaires. Quelques personnes paraissent avoir fait de pareilles observations. M. Langstaff a trouvé les veines des parties avoisinant celles qui étaient le siége d'un fongus malin remplies par une substance molle et pulpeuse, semblable pour sa texture à celle de la tumeur elle-même; et M. Travers a vu la veine jugulaire interne malade et enflammée dans le corps d'un homme qui avait succombé aux désordres produits par un carcinome de l'estomac et du foie.

M. Patissier a observé, sur un sujet mort du tétanos, la membrane interne des oreillettes et des ventricules du cœur, surtout du côté droit, d'un rouge très-intense, principalement à la base des valvules mitrales et tricuspides; la membrane interne de l'aorte, des carotides primitives, des sous-clavières, de la veine cave inférieure, des veines jugulaires et de l'artère pulmonaire, présentaient une rougeur qui diminuait à mesure qu'on s'éloignait du cœur. Cette rougeur ne disparaissait point par des lotions répétées, ni même en raclant la membrane avec un scalpel.

Mon ami le docteur Raikem m'a envoyé de Volterra, où il exerce la médecine avec distinction, des observations et des notes précieuses dont je me suis servi pour la rédaction de cet article. Je citerai le fait suivant, qui démontre que l'inflammation des veines coïncide quelquefois avec des lésions organiques des poumons.

Un homme âgé de cinquante ans, d'une stature élevée, dévoré par une phthisie pulmonaire, était réduit au dernier état de consomption. Il se plaignait d'une douleur dans la région lombaire, et avait les membres inférieurs infiltrés, lorsqu'il fut enlevé par une mort subite le 10 mai 1809.

A l'ouverture du cadavre, on vit que les poumons étaient remplis de tubercules dont plusieurs étaient en suppuration. Une partie de ces viscères se trouvait dans cet état d'induration rouge qu'on nomme communément *hépatisation.*

Les cavités du cœur ne contenaient que quelques gouttes de sang liquide.

La veine cave inférieure, immédiatement au-dessous de l'origine des veines émulgentes, renfermait une matière concrète, molle, blanchâtre, fibrineuse, tellement adhérente à sa partie postérieure, qu'on ne pouvait l'en détacher sans emporter des portions de la membrane interne. Cette substance solide s'étendait jusque dans les veines iliaques, crurales, et dans les principales divisions de ces dernières, acquérant une couleur rouge de plus en plus foncée, diminuant par degrés de consistance, mais remplissant toujours le calibre de ces vaisseaux. La veine crurale, examinée attentivement, présenta dans sa cavité une matière concrète, rouge, noirâtre, molle et adhérente à la membrane interne.

Cette membrane, considérée à la partie inférieure de la veine cave, était rouge, épaissie, et se séparait très-facilement de la membrane propre. Dans les branches fournies par l'extrémité de ce tronc, on ne distinguait aucune trace d'une semblable lésion : toutefois, en plu-

sieurs points de l'étendue des veines crurales, l'on découvrit que la membrane interne était déchirée et soulevée par du sang coagulé, extravasé entre elle et la membrane celluleuse.

Les artères iliaques et fémorales contenaient un peu de sang liquide.

Le péritoine renfermait quelques onces de sérosité. Les membres inférieurs étaient très-infiltrés (*a*).

M. Ribes a souvent rencontré l'inflammation des veines dans les parties affectées d'érysipèle. Il dit que si cette maladie se termine par suppuration, ce qui est très-rare, les parois des veines sont rouges, surtout la membrane interne, dont l'épaisseur est augmentée, et leur cavité est remplie par du pus. Dans le cas de gangrène, elles sont noires, se déchirent facilement, et contiennent de la sanie.

« Si l'on examine les vaisseaux sur le cadavre d'une personne morte ayant un érysipèle qui se soit terminé par suppuration gangreneuse, l'on observe, à moins que la gangrène ne soit portée à un très-haut degré, que les parois des veines sont un peu dilatées, qu'elles ont acquis une assez grande épaisseur, que leur membrane interne, à la circonférence et au voisinage du foyer, est rouge et visiblement enflammée : elles contiennent du pus ou une véritable sanie. M. Ribes a rencontré quelquefois cette sanie jusqu'à plusieurs pouces au-delà du foyer du mal (*b*).

(*a*) Observations sur l'oblitération et l'inflammation des veines. (*Mémoire manuscrit*, par M. Raikem.)

(*b*) Exposé sommaire de quelques recherches anatom.- physiol. et

§ IX. *De l'Inflammation des veines produite par une métastase.*

Quoique la théorie des métastases ne soit point encore parvenue au degré de perfection que tout esprit exact et sévère doit desirer, il n'en reste pas moins démontré, même pour les plus sceptiques, qu'il est dans les maladies certains principes qui peuvent se déplacer, ou que, pour parler une langue plus nouvelle, l'irritation fixée d'abord sur un point peut se porter sur un autre, et y occasionner des désordres qui se manifestent à nos sens par des signes le plus souvent équivoques, et qui demandent parfois une grande sagacité pour être saisis et appréciés.

Un jeune garçon de quatorze à quinze ans, d'un teint pâle, d'une constitution faible, fut affecté d'une éruption cutanée que l'on prit pour la gale, et qui disparut bientôt par quelques frictions pratiquées avec un onguent. Il ne tarda guère à se déclarer des douleurs vives et continues dans toute l'étendue du membre abdominal droit, qui devint le siége d'une infiltration séreuse, et la fièvre se joignit à tous ces accidens.

Vers le milieu du mois de mars 1809, le malade entra à l'hôpital; il présentait alors tous les symptômes généraux de la maladie que M. le professeur Pinel appelle *fièvre adynamique continue ;* la maigreur était considérable ; la cuisse et la région inguinale du côté droit offraient un gonflement œdémateux excessivement doulou-

pathologiques, par F. Ribes, t. VIII, p. 624 des Mémoires de la Société médicale d'émulation de Paris.

veux, quoique la surface de ces parties n'offrît aucune différence de couleur et de température avec l'état naturel. La jambe gauche était un peu infiltrée.

Tous les moyens de la thérapeutique mis en œuvre ne purent calmer les souffrances intolérables du jeune malade, auquel il était survenu un dépôt purulent et circonscrit dans le tissu cellulaire sous-cutané de la partie antérieure et supérieure de la poitrine, lorsqu'il expira le 4 avril de la même année.

Ouverture du cadavre. Habitude du corps décolorée et blafarde; face ressemblant à celle des phthisiques; poumons mous, gorgés de sérosité, peu crépitans, d'une pesanteur spécifique inférieure à celle de l'eau commune.

Cœur flasque, pâle, contenant une assez grande quantité de sang fluide et séreux. La veine cave, à deux pouces au-dessous du diaphragme, présentait les traces d'une lésion qui s'étendait jusqu'à sa partie inférieure. La membrane interne de cette veine était devenue opaque et épaisse d'une demi-ligne, noirâtre en plusieurs endroits, blanchâtre en quelques autres; elle n'avait que très-peu de résistance et se séparait facilement de la tunique celluleuse correspondante; enfin la même membrane adhérait à une matière blanche, sans cohésion, comme médullaire, qui, en rapport avec la face libre de la membrane interne du vaisseau, augmentait de plus en plus de masse à mesure qu'on s'approchait davantage de la naissance des veines iliaques primitives.

Avant de se bifurquer, ce gros tronc veineux était dilaté et complètement obstrué par la substance concrète dont il vient d'être parlé, et qui ressemblait à de la fibrine altérée, d'une teinte rougeâtre, et contenant

dans ses interstices un peu de liquide sanguinolent.

La veine iliaque primitive gauche était obstruée par une pareille concrétion blanchâtre, et les branches qui en partent, quoique fort dilatées, se trouvaient entièrement vides.

La veine iliaque primitive du côté droit était remplacée par une sorte de canal ligamenteux, à parois épaisses, d'un calibre extrêmement étroit, et qui allait se perdre et disparaître dans un vaste foyer purulent formé dans le tissu cellulaire qui environne les vaisseaux hypogastriques et iliaques, ainsi que la face externe et droite de la vessie. Malgré les recherches les plus minutieuses, on ne put découvrir le moindre vestige de la veine crurale; son trajet était occupé par une traînée de pus circonscrit dans la route de ce vaisseau sanguin. Cette suppuration s'étendait jusqu'au jarret.

Les veines de la jambe droite étaient rétrécies et remplies de fibrine solidifiée, et il n'existait aucune lésion apparente dans le reste du système veineux.

Les artères étaient vides et saines quant à leur tissu et à leur calibre.

Le foie présentait une couleur rouge foncée, et un volume supérieur à celui qui convenait à l'âge et au développement du sujet. La rate avait aussi un volume plus considérable, et les ganglions lymphatiques du mésentère étaient tuméfiés. Le tissu cellulaire sous-cutané des membres abdominaux contenait de la sérosité (*a*).

Il est impossible de ne pas reconnaître ici une inflammation de la membrane interne des veines, annoncée

(*a*) M. Raikem, Mémoire cité.

chez ce sujet par des douleurs atroces dans les parties qui correspondent aux veines les plus vivement enflammées, par une tuméfaction œdémateuse des parties voisines, par une fièvre continue; et constatée après la mort par l'épaississement, l'opacité, la couleur noirâtre ou blanchâtre de la membrane interne de la portion inférieure de la veine cave abdominale; par les adhérences qu'avait contractées cette membrane avec la substance molle, blanche et friable qui remplissait sa cavité; par la transformation de la veine iliaque, du côté droit en un canal ligamenteux, à parois épaisses, d'un calibre fort étroit; enfin, par la destruction d'une grande portion de cette dernière veine et de la crurale, qui était remplacée par une collection de pus.

Cette observation démontre que les tissus veineux peuvent s'enflammer par une cause interne, car c'est à la suite d'une métastase que la maladie se déclara, et quoique l'inflammation fût bornée à la veine cave abdominale et aux troncs iliaque et crural, elle fut méconnue pendant la vie, et devint néanmoins funeste, à cause 1° de son intensité, 2° de sa terminaison par suppuration, 3° et peut-être aussi par l'oblitération de la partie inférieure de la veine cave et de ses principales divisions.

Il arrive rarement qu'une cause interne suffise pour produire l'inflammation des veines; cependant il est reconnu, d'après plusieurs faits recueillis et publiés par J. P. Frank (*a*), et par son fils Joseph Frank, que la membrane

(*a*) *Ac frequens venarum inflammatio, tum spontanea, tum maxime per externas læsiones inducta, de proprio his vasis sensu*

interne du système artériel, ainsi que celle des gros troncs veineux, peuvent s'enflammer par une cause interne.

Les lésions que l'on observe à l'ouverture du corps des personnes qui sont mortes du typhus sont extrêmement variées; mais j'ai le plus souvent trouvé des traces d'inflammation sur les méninges, et surtout dans les veines de ces parties, ainsi que dans les sinus cérébraux. Le typhus ne serait-il, dans quelques cas, qu'une phlegmasie des veines encéphaliques? On a pu voir dans les faits que nous avons rapportés que plusieurs médecins avaient reconnu, dans l'inflammation des tissus veineux, les symptômes qui caractérisent le typhus.

§ X. *Inflammation des veines par des causes mécaniques ou chimiques, la présence des vers, etc.*

Quoiqu'on ne puisse pas nier dans certains cas l'existence d'une cause interne dont on ignore la nature, il faut reconnaître cependant que l'inflammation des veines dépend bien plus souvent encore d'une irritation mécanique ou chimique, permanente ou temporaire, exercée sur la membrane interne de ces vaisseaux.

Quelques faits particuliers portent à croire que des vers peuvent se développer dans la cavité des veines,

sat apertè testantur. Hinc similes in venis, a phlogosi per internam superficiem diffusa, effectus, pruritum, ardorem, dolores, tumores oblongos, funisque tensi, aut variis nodis intersecti, figuram assumentes, abscessus, concretiones, durities tunicarum admitti oportet : quæ singula, recentiorum observata, et sectio pathologica confirmant. (*De Curand. homin. Morbis, Epitome, auct. J. P. Frank; lib. V, p. II, p. 66. Mannhemii,* 1807.)

irriter leurs parois, et produire l'inflammation. Treutler (*a*), Fabricius (*b*) et Rudolphi (*c*), décrivent des vers qui avaient été trouvés dans les veines. Mais pour les hommes qui font autorité en helminthologie, l'existence de ces vers est fort incertaine; les uns les nomment *polystoma venarum*, d'autres *hexathyridium venarum*. Rudolphi les place parmi les espèces douteuses, et il me paraît donner de bonnes raisons pour ne pas en admettre l'existence.

Un irritant quelconque porté sur la membrane interne des veines peut, comme on doit facilement le concevoir, provoquer l'inflammation de ce tissu. C'est en effet ce qu'on a vu arriver lorsque du pus ou de l'ichor provenant d'un ulcère de mauvaise nature ou d'une plaie frappée de pourriture d'hôpital, a été absorbé par les veines qui partaient des surfaces traumatiques, et circulait avec le sang dans ces vaisseaux. Enfin des expériences bien faites ont démontré que toute matière irritante ou âcre injectée dans les veines déterminait promptement la phlegmasie de ces vaisseaux.

M. le docteur Bodson nous a montré, à la Société ana-

(*a*) Observ. patholog. anat.

(*b*) *Fasciola umblæ fabricii faun. Groenland*, p. 329, n° 314. Rudolphi le nomme *Distoma seriale. Habitat in sanguine dorsali salmonis alpini aggregata et multis ramificationibus dispersa, ut facile tænia crederetur per sanguinem transparens; continuo collum suum prolongans, flectendoque hinc inde rapinam quasi quærens, cui se adhærens locum etiam mutare potest. In sanguine vero quietæ, sociis suis annexæ, collum vix conspicuum.*

(*c*) *Entozoorum sive vermium intestinalium Hist. natur.*, vol. I, p. 351, et seq.; vol. II, p. 456.

tomique, les veines iliaque primitive et crurale gauches d'une femme âgée de soixante ans, morte à la suite d'une carie de la quatrième vertèbre dorsale, d'une paralysie des membres abdominaux et d'une partie du tronc, épaissies, contenant du pus consistant et rougeâtre, tandis que du sang veineux non altéré se trouvait, soit dans les veines de la jambe, soit dans la veine cave inférieure. Des concrétions fibrineuses étaient renfermées et en grand nombre dans les veines affectées, dont elles obstruaient la cavité; quelques-unes y étaient adhérentes; d'autres, dont il en existait une assez considérable dans la veine iliaque primitive, étaient libres. La plupart de ces concrétions, plus ou moins consistantes à l'extérieur, contenaient un pus épais et rougeâtre. Cette femme portait un large ulcère à la plante de chaque pied, et le membre abdominal gauche offrait seul de l'infiltration (*a*).

En 1812, un Castillan, prisonnier de guerre, nommé *Joachim Gonzalès*, âgé de trente-trois ans, d'un tempérament bilieux, d'une constitution détériorée par les chagrins, par la misère de la captivité et par une diarrhée chronique, portait au pied droit un vaste ulcère couvert de pourriture d'hôpital, et qui s'étendait sur toute sa face supérieure. Au milieu de la couche gris sale qui reparaissait à mesure qu'on l'enlevait, on voyait l'arcade formée par les deux veines saphènes, ainsi que les rameaux qui s'y rendent, former une saillie. Ces veines, disséquées pour ainsi dire par la pourriture, étaient grossies de moitié, dures et résistantes sous le

(*a*) Société anatomique, procès-verbal de la séance du 21 pluviôse an 13.

doigt; l'enduit qui les couvrait était d'autant plus épais et plus adhérent, qu'on l'examinait sur une partie de la veine plus anciennement à découvert. Cette partie de la veine, de dure et gonflée qu'elle était, devint pulpeuse et molle dans l'espace de quatre à cinq jours, et l'on ne pouvait pas suivre son mode de destruction, par sa confusion avec les autres tissus. La mort du malade arriva, mais l'examen du corps ne fut point fait (*a*).

« Sasse ouvrit à un chien les vaisseaux cruraux de chaque côté; il les frotta de teinture de cantharides et rapprocha les tégumens. Deux jours après, ils parurent rouges à l'extérieur; leur cavité était en partie enduite, et en partie obstruée par une matière couenneuse. Il amputa la cuisse à un chien, fit la ligature des vaisseaux, puis la toucha avec de la teinture d'euphorbe : au bout de deux jours, les vaisseaux étaient enflammés, recouverts d'une matière blanche, et à l'intérieur tapissés par une fausse membrane. Un abcès de la grosseur d'une fève existait dans la veine crurale, près du ligament de Poupart. La veine était rétrécie et presque oblitérée. De pareils effets ont été produits par Sasse lorsqu'il a injecté de la teinture d'euphorbe, de cantharides, ou bien une solution d'opium, soit dans l'abdomen, soit dans les veines jugulaires (*b*). »

De tous les faits rapportés jusqu'ici, nous pouvons en déduire des conséquences que nous regarderons comme pouvant former l'histoire générale de l'inflammation des veines.

(*a*) M. Longuet, ouvrage cité, p. 28.
(*b*) Schwilgué, Mémoire cité, p. 197.

§ XI. *Description générale de la phlegmasie des veines.*

Causes. L'augmentation de l'action du cœur et des artères, ou d'autres causes internes dont on ignore la nature, peuvent produire l'inflammation des veines ; elle coïncide quelquefois avec des lésions organiques variées : la contiguité de ces vaisseaux avec des tissus enflammés, leur communication avec des surfaces ulcérées ou traumatiques, peuvent aussi amener leur phlegmasie.

Toutes les lésions produites sur leurs parois, les déchiremens, les plaies qui ne se cicatrisent pas primitivement, les contusions, ou la simple compression exercée sur ces vaisseaux (*a*), les corps étrangers dans leur cavité, les irritations mécaniques faites sur leur membrane interne, les matières âcres injectées dans leur canal, les ligatures appliquées sur elles avec ou sans excision, sont autant de causes dont nous avons démontré l'existence d'après des observations.

J. Hunter croit qu'on peut regarder comme cause principale de l'inflammation de la veine après la saignée, le défaut de disposition à la réunion par première intention. De cet état de non adhérence primitive résulte que les lèvres de la plaie n'étant pas convenablement rapprochées, tous les irritans peuvent agir sur la veine, sur sa membrane interne et produire l'inflammation (*b*).

Les phlegmasies des veines sont idiopathiques, sympathiques, symptomatiques et métastatiques.

(*a*) J. Hunter.

(*b*) *Medical and philosophical Commentaries, by a Society in Edinburgh.* Vol. VI, part. I, p. 430.

§ XII. *Caractères physiologiques des inflammations des veines.*

Les signes à l'aide desquels on reconnaît l'inflammation des veines ne sont pas toujours faciles à saisir, surtout si la phlegmasie réside dans les petits vaisseaux, ou même dans les troncs, lorsqu'ils appartiennent aux cavités splanchniques.

1°. *Caractères locaux.* Les circonstances commémoratives, la douleur dans le trajet de la veine, le gonflement du tissu cellulaire voisin, quelquefois la rougeur de la peau, sa tension, sa sensibilité et sa rénitence le long du cours de la veine; plus tard, une corde noueuse, tendue, douloureuse, affectant la direction propre au vaisseau, sont les phénomènes les plus ordinaires de ces inflammations; s'il existe une plaie on peut voir sortir du sang altéré ou du pus plus ou moins épais par l'orifice de la veine. Dans cette circonstance, peu après la lésion faite au vaisseau, il y a de la douleur dans la blessure, le gonflement survient, la plaie ne se réunit point par première intention, ses bords deviennent durs, ou s'il y a cicatrisation, un abcès se forme sous la cicatrice, et bientôt la déchire. Les douleurs qui suivent le trajet du vaisseau enflammé se dirigent plus particulièrement vers le cœur que vers les extrémités; elles augmentent par la pression, et on les a quelquefois prises pour des douleurs rhumatismales. Une sensation de chaleur brûlante suit absolument la même direction que la douleur.

2°. *Caractères généraux.* Il est rare que l'inflammation d'une veine, surtout si elle a quelque développement, ne soit point accompagnée d'un trouble général

ou d'un véritable état fébrile, dont l'intensité variera suivant celle de l'inflammation, suivant l'étendue de la maladie, son siége, l'importance du vaisseau, et la tendance vers telle ou telle terminaison. Il est à remarquer que plusieurs médecins ont observé dans ces circonstances les phénomènes propres au typhus, et moi-même, chez plusieurs sujets qui avaient succombé aux accidens du typhus, j'ai trouvé, comme je l'ai déjà dit, des traces évidentes d'inflammation dans les veines encéphaliques et dans les sinus veineux du crâne. La durée de ces inflammations est parfois très-courte; le plus souvent elle est continue; cependant il paraît, d'après l'observation de M. Fizeau, que cette phlegmasie peut être rémittente, et offrir de véritables redoublemens dans ses symptômes.

Ces phlegmasies des veines peuvent être confondues avec celles des artères, des vaisseaux lymphatiques ou des nerfs. Dans le premier cas, la douleur et les autres caractères extérieurs se dirigent du point où l'artère a été lésée vers les branches et les rameaux de ce vaisseau. Dans le second cas, la douleur remonte bien du côté du cœur, mais les ganglions lymphatiques se tuméfient, deviennent douloureux, et souvent la peau offre deux ou trois lignes flexueuses rouges, qui paraissent peu après la lésion du vaisseau ou la simple piqûre, et l'engorgement de tout le membre ne tarde pas à arriver.

Enfin, si c'est le nerf qui est le siége de la maladie, la douleur se propage du côté de son origine à un centre commun, mais surtout du côté de ses rameaux; elle est instantanée, elle suit immédiatement la piqûre, et cette douleur a des caractères très-variés, ainsi que nous le

voyons dans les névralgies, qui souvent ne sont que des inflammations chroniques des nerfs.

§ XIII. *Caractères anatomiques des inflammations des veines.*

Les terminaisons des inflammations des veines peuvent se faire par des modes très-variés. Nous ne possédons pas de faits bien authentiques qui prouvent que la résolution s'opère dans quelques cas, et que le vaisseau reprenne ses propriétés antérieures, et remplisse les fonctions auxquelles il a été primitivement appelé.

L'union de ses parois, l'oblitération de sa cavité, la suppuration, l'ulcération et la gangrène arrivent le plus communément.

Nous dirons que ces inflammations se présentent sous les formes suivantes : 1° inflammation adhésive; 2° inflammation suppuratoire; 3° inflammation ulcéreuse; 4° inflammation gangreneuse; 5° inflammation éliminatoire.

1°. *Inflammation adhésive des veines.*

J. Hunter et M. le professeur Dupuytren pensent que l'inflammation adhésive peut exister dans les veines, et c'est en effet par elle que les plaies de ces vaisseaux se réunissent en vingt-quatre ou trente-six heures. Il faut cependant distinguer la cicatrisation de la tunique des veines d'avec celle de la membrane interne : la première, lorsqu'elle est divisée, se réunit à la manière des plaies du tissu cellulaire; mais il n'en est pas de même de l'adhérence de la membrane interne; elle se fait plus

tard et plus difficilement, l'inflammation s'emparant beaucoup moins aisément de ce tissu. Cependant la cicatrisation des solutions de continuité des parois des veines reste quelque temps faible et facile à déchirer. Douze ou vingt-quatre heures après une saignée, on peut, par une légère percussion ou par la distension, rompre cette cicatrice. C'est même par ces manœuvres qu'on change l'inflammation adhésive en inflammation suppuratoire, et qu'on la propage plus ou moins loin dans la cavité des veines et parfois jusqu'au cœur.

J. Hunter a pourtant considéré l'inflammation adhésive des veines comme un moyen d'arrêter les progrès de la phlegmasie, et il dit que, par la compression exercée sur les parois des veines, on les fait adhérer; on borne la maladie en s'opposant à ce que le pus qui s'est formé au-dessous de l'adhérence puisse arriver plus loin. M. B. Travers croit, au contraire, que cette inflammation adhésive est rare dans les veines; qu'il faut une vive irritation pour la provoquer, et que la phlegmasie développée passe rapidement à la suppuration, ou bien qu'il s'épanche dans le vaisseau une grande quantité de matière albumineuse qui en remplit le calibre, l'oblitère, finit par adhérer aux parois; mais ici ce n'est pas l'inflammation adhésive proprement dite, dans laquelle il ne doit se faire qu'un suintement peu abondant sur les surfaces entre lesquelles l'adhérence doit s'établir.

Le peu de disposition à l'inflammation adhésive offert par la membrane interne des veines, semble s'opposer à l'analogie qu'on a cru reconnaître entre elle et les tissus séreux.

2°. *Inflammation suppuratoire.*

L'inflammation suppuratoire est assez commune dans les veines ; la plupart des observations que nous avons rapportées en démontrent l'existence. Ce mode d'inflammation offre une grande disposition à s'étendre de plus en plus sur les surfaces affectées, et le pus mêlé au sang en circulation dans ces vaisseaux est, avec la continuité des tissus, un puissant agent de propagation de la phlegmasie. C'est dans ces circonstances que les phénomènes généraux prennent de l'intensité, et que le danger pour le malade devient des plus graves. Si l'inflammation diminue, le pus, d'ichoreux, de séreux ou de blanc et consistant qu'il était, se change en matière albumineuse, et l'adhérence secondaire ou l'oblitération du vaisseau en est la conséquence.

3°. *Inflammation ulcéreuse.*

Nous possédons plusieurs exemples bien authentiques d'inflammation ulcéreuse des veines. M. Portal rapporte, dans son Anatomie médicale (*a*), qu'il rencontra sur le cadavre d'une femme une ulcération de la veine cave supérieure.

M. Travers cite une observation où l'on voit que la veine jugulaire interne a été oblitérée par la pression d'une tumeur située profondément sur le côté droit de la trachée-artère, et recouvrant les gros vaisseaux. Le sujet, vers la fin de sa vie, avait rendu du pus et du sang par la bouche et par le rectum. A la dissection des parties,

(*a*) Vol. III, p. 354.

après la mort, on trouva que la tumeur contenait du tissu cellulaire gangrené et du sang en putréfaction.

La veine jugulaire interne était remplie, dans une certaine étendue, par un caillot de sang; mais on apercevait au-dessus de ce coagulum une ulcération établissant une communication avec la poche de la tumeur, en sorte que le sang qui revenait de la tête passait en partie par le kyste. Il existait aussi une ulcération qui faisait communiquer le kyste avec l'œsophage, de manière que les matières renfermées dans la tumeur pouvaient passer par le canal alimentaire.

On a fréquemment observé que si les plaies des veines ne se terminaient point par première intention, la suppuration qui se formait soit dans les membranes du vaisseau, soit dans les tissus voisins, était bientôt accompagnée d'ulcération des bords de la plaie; que peu à peu l'ouverture s'agrandissait, et qu'il n'était pas rare de voir toute la circonférence du vaisseau détruite par ce travail, et la continuité cesser d'exister dans son canal par les progrès de cette ulcération. Enfin l'on connaît plusieurs exemples d'ulcération de la membrane interne de la veine, mais sans perforation de toute l'épaisseur des parois du vaisseau.

4°. *Inflammation gangreneuse.*

La fréquence de la suppuration des veines semble faire croire que la gangrène peut aisément frapper ces vaisseaux. L'observation démontre pourtant le contraire.

Lorsque nos parties sont sphacelées et tombent en putréfaction, la nature, toujours sage et prévoyante, a

voulu s'opposer à la mort générale en mettant des bornes aux accidens de la mort partielle. Les veines et les artères résistent long-temps aux effets de la gangrène, qui détruit tous les tissus au milieu desquels elles se trouvent. Cependant ces vaisseaux ne sont pas dans l'état sain; déjà l'inflammation les travaille, et une abondante quantité de matière albumineuse mêlée à un peu de sang les remplit, bouche leur canal dans une étendue plus ou moins considérable, et s'oppose ainsi aux hémorragies. Plus tard, les vaisseaux, isolés de tous côtés par la destruction des autres tissus, et ne recevant plus de nourriture, meurent par une sorte d'inanition; un travail se fait dans un point, mais toujours au-dessous de la terminaison du caillot. La partie du vaisseau dépouillée des parties ambiantes se sépare, et ce travail inflammatoire, par lequel les parties privées de vie sont séparées des autres, est ce que je nomme, d'après M. le professeur Dupuytren, *inflammation éliminatoire.*

5°. *Inflammation éliminatoire.*

Lorsqu'une ligature a été placée sur une veine ou sur une artère, c'est par cette inflammation éliminatoire que le vaisseau est séparé dans toute l'épaisseur de la ligne embrassée par la ligature, que celle-ci se détache, et qu'une portion du vaisseau forme une véritable escarre. Dans l'artère, si la ligature n'est pas trop large et qu'elle soit convenablement serrée, il y a une inflammation modérée au-dessus et au-dessous. Un suintement léger d'une matière concrescible se fait sur la membrane interne; l'adhérence primitive en résulte; un caillot de figure conique, albumineux à sa base et sanguin à son

sommet, se forme près de l'adhérence des parois vasculaires, pour s'opposer à l'effort du sang; et par une inflammation éliminatoire, l'artère est peu à peu détruite dans le point correspondant à la ligature, laquelle finit par tomber: cette chute se fait du dixième au quinzième jour si le vaisseau seul a été compris dans l'anse de fil, quelle que soit sa nature; mais elle se fait plus ou moins attendre si cette ligature est médiate et si elle comprend des parties fibreuses. Ce caillot n'est point adhérent à la membrane interne dans les premiers jours; par une inflammation qui survient dans les tissus du vaisseau, il finit par adhérer.

Si une cause quelconque vient s'opposer à l'union des parois vasculaires, dans les points les plus voisins de la ligature, et lorsque le caillot n'est pas encore adhérent, l'hémorragie peut se faire; et si l'on veut alors employer les ligatures d'attente, on divise facilement toute l'épaisseur des parois artérielles dans un point où le caillot n'occupe pas tout le calibre du vaisseau, et où, parconséquent, il ne peut pas adhérer à la membrane interne. Cette section des parois de l'artère, par une ligature de réserve, s'opère d'autant plus promptement que l'inflammation a fait perdre aux tissus des artères leur résistance, et qu'ils se laissent diviser comme des parties frappées de la dégénérescence lardacée. Ces observations sur le mode de résistance des tissus enflammés, et sur la véritable cause des hémorragies consécutives, appartiennent à M. le professeur Dupuytren; et j'ai été souvent à même d'en vérifier et d'en reconnaître la justesse et l'importance.

Si une hémorragie survient peu de temps après qu'une

ligature a été placée sur une artère, ce n'est pas immédiatement au-dessus du premier fil qu'il faut en serrer un second, mais dans un point éloigné où les parois artérielles ne sont point enflammées.

Une ligature large a-t-elle été appliquée sur une artère, la section des parois vasculaires n'a pu être opérée; l'union primitive de la membrane interne ne se fait point; c'est l'inflammation suppuratoire et l'inflammation ulcéreuse qui surviennent; et lorsque toute l'épaisseur de la paroi du vaisseau a été détruite par ce travail, l'hémorragie en est la conséquence.

Dans les veines, les choses se passent un peu différemment.

L'inflammation adhésive étant plus difficilement excitée dans ces vaisseaux, et la membrane interne n'offrant pas la même facilité à être divisée que celle des artères, l'adhérence primitive ne s'y fait point ou que très-difficilement. La facilité que les tissus de la veine ont à se laisser distendre par le sang est encore une circonstance défavorable à cette union primitive. Il faut une irritation plus forte et plus durable pour que la veine s'enflamme. La matière albumineuse seule est sécrétée si la phlegmasie est modérée, ou bien à cette sécrétion se joint la formation du pus si l'inflammation est intense. Alors l'inflammation s'étend sur une des surfaces, soit par la force de l'irritation qui a agi, soit parce que le pus a circulé dans la partie de la veine placée entre la ligature et le cœur, et c'est sans doute à cette propagation de la phlegmasie que nous devons le développement des symptômes généraux, la gravité de la maladie, et souvent la mort du sujet.

Les parties de la veine situées près de la ligature s'enflamment, les membranes des veines acquièrent de l'épaisseur, le canal du vaisseau se remplit, et dans une grande étendue, d'une matière albumineuse concrète qui adhère bientôt aux parois vasculaires et rend la veine imperméable au sang. Alors les inflammations ulcéreuse et éliminatoire divisent toute l'épaisseur du vaisseau dans la ligne circulaire embrassée par la ligature.

§ XIV. *Traitement.*

Le traitement des inflammations des veines doit être dirigé d'après les mêmes principes que celui des autres phlegmasies : il faut d'abord rechercher la cause : si c'est à la suite d'une saignée, s'assurer si la pointe de la lancette ne s'est pas brisée, et si une portion de l'instrument n'est point restée dans les parois du vaisseau.

Lorsque l'inflammation est locale, on a conseillé de la faire cesser brusquement dès son début par des lotions ou des fomentations froides, de la glace pilée, des préparations saturnines. Plus avancée, la maladie sera combattue par l'application des sangsues sur le trajet du vaisseau affecté, par des fomentations relâchantes, des cataplasmes émolliens, des onctions huileuses, mucilagineuses, des bains tièdes, des topiques opiacés, camphrés ou narcotiques.

J. Hunter, Reil et M. Abernethy pensent qu'il faut et qu'on peut provoquer l'inflammation adhésive au-dessus et au-dessous du point affecté pour borner la maladie, et s'opposer à ce qu'elle gagne de proche en proche les troncs veineux principaux et le cœur lui-même. Cette

adhérence empêcherait aussi que le pus circulant avec le sang allât irriter la membrane interne des veines sur toute la surface qu'il viendrait à parcourir. Cette inflammation adhésive est obtenue, suivant les auteurs que je viens de citer, par une compression exercée convenablement sur la veine. D'après ce que nous avons dit précédemment, il paraît que l'on ne peut pas compter sur les bons effets de cette compression, parce qu'il est très-difficile d'obtenir l'inflammation adhésive.

Un moyen plus certain serait de couper transversalement et en totalité la veine qui est le siége de la maladie, et à une certaine distance du mal, pour faire cesser la continuité des tissus, et s'opposer ainsi à la propagation de la phlegmasie. L'on conçoit que cette opération n'est praticable que dans les cas où la veine affectée est d'un calibre médiocre, facilement accessible aux instrumens, et lorsqu'on ne peut pas craindre de léser une artère ou un nerf importans, ou lorsque la veine que l'on veut diviser n'est pas d'un calibre qui puisse produire une hémorragie inquiétante.

La prudence exige que, dans l'opération de la phlébotomie, on tâche toujours de réunir par première intention les diverses parties intéressées, et que si de nouvelles émissions sanguines sont desirées peu de temps après la première, on ne détruise pas le travail de la cicatrisation primitive pour obtenir du sang par la même ouverture, mais qu'on en pratique une seconde sur un autre point, et, s'il est possible, sur une veine différente.

Si l'inflammation s'est terminée par suppuration, on

SECTION II.

Des divers états morbides des membranes des Veines.

L'inflammation produit fréquemment l'épaississement des membranes des veines, ainsi que l'adhérence de leurs parois et l'oblitération de leur cavité. L'ulcération s'étend quelquefois à la tunique des veines et donne lieu à des hémorragies en découvrant leur canal. Dans quelques cas, l'ulcération commence par la membrane interne et détruit ensuite les autres feuillets membraneux. M. Portal a trouvé dans le cadavre d'une femme les tissus de la veine cave supérieure plus épais dans quelques endroits, et dans d'autres plus minces qu'à l'ordinaire, mais ulcérés en apparence à leur surface interne. Immédiatement au-dessus de l'oreillette droite, on découvrit une ouverture dans les

---

se hâtera d'ouvrir les abcès et de procurer un libre cours au dehors à la matière purulente.

Enfin si les symptômes généraux apparaissent et qu'ils soient intenses, on les combattra par tous les moyens dirigés contre la fièvre angio-ténique, et les phlegmasies.

(*Note du traducteur.*)

parois de ce vaisseau, par laquelle un épanchement de sang s'était fait dans le péricarde (1). Cependant, en général, l'inflammation adhésive précède l'ulcération, et en oblitérant la cavité du vaisseau, elle prévient l'hémorragie. Quand le sphacèle a lieu dans le voisinage des veines, leurs cavités, comme celles des artères dans des circonstances semblables, se remplissent de caillots étendus qui empêchent l'hémorragie à la chute de la partie gangrenée.

Il y a quelquefois rupture des veines sans qu'aucune altération morbide existe dans leurs parois. Leur rupture, dans ces circonstances, peut être la suite d'un exercice musculaire forcé ou de quelque violence accidentelle ; elle a paru dépendre parfois d'une accumulation soudaine et excessive du sang. J'ai vu deux fois une veine du gras de la jambe se rompre pendant des crampes violentes des muscles jumeaux : une accumulation de sang au-dessous de la peau en fut la suite. M. Portal a examiné le cadavre d'une

---

(1) Anatomie médicale, t. III, p. 354. Morgagni rapporte une observation où la surface interne de l'extrémité de la veine cave supérieure paraissait corrodée. Epist. LIII, art. 37.

jeune femme qui mourut subitement dans un bain froid. La veine cave supérieure s'était déchirée immédiatement au-dessus de l'oreillette droite, et une grande quantité de sang s'était épanchée dans la poitrine (1). Sénac a rapporté des observations de veines rompues pendant la période du frisson des accès de fièvres intermittentes (2). Les valvules des veines peuvent se rompre, et alors la pression de la colonne du sang force le vaisseau à devenir variqueux.

Un dépôt de matière calcaire se forme assez ordinairement dans les parois des artères des personnes avancées en âge; mais il est extrêmement rare d'en rencontrer dans le tissu des veines (3) (4). Le doc-

---

(1) Anatomie médicale, tome III, p. 355.

(2) Voyez *ibid*.

(3) Cette circonstance a conduit Bichat à croire qu'il y avait une différence d'organisation entre la membrane interne des veines et celle des artères. « Jamais cette membrane commune ne s'ossifie chez le vieillard, comme il arrive dans les artères; son organisation paraît répugner à se pénétrer ainsi de phosphate calcaire. Quand cela arrive, c'est un état contre nature; au lieu que l'ossification de la membrane commune du sang rouge est un état presque naturel chez le vieillard. » (*Anatomie générale*, t. II, p. 404.)

(4) M. le professeur Béclard m'a dit avoir trouvé, il y

teur Baillie dit avoir une fois trouvé une ossification considérable dans les membranes de la veine cave inférieure près de sa division en iliaques (1). Le docteur Macartney m'a dit avoir rencontré plusieurs dépôts de matière calcaire dans la veine saphène externe d'un homme qui était mort d'une maladie du foie. Il y avait un ulcère à la jambe; mais les dépôts de matière calcaire ne paraissaient avoir aucune connexion immédiate avec cette maladie. L'un de ces dépôts

---

a quelques années, sur un sujet très-avancé en âge et dont les artères de la cuisse étaient ossifiées, une des veines fémorales transformée de la même manière et dans l'étendue de plusieurs pouces, sur le côté seulement qui touchait à l'artère. C'est le seul cas de ce genre qu'il ait vu. Il a constaté un très-grand nombre de fois que les parois des veines ont beaucoup plus d'épaisseur dans le point qui est en rapport avec une artère, que dans les autres parties de leur circonférence. (*Note du traducteur.*)

(1) *Transactions of a Society for the improvement of medical and chirurgical knowledge*, vol. 1, p. 134. Morgagni a décrit brièvement un cas où les parois de la veine cave étaient en grande partie cartilagineuses et même en quelque sorte osseuses (Lettre LXIV, art. IX.). Ploucquet renvoie aux ouvrages suivans : aux mots *ossificatio et calculus in venis*. — *Ephem. nat. cur. dec.* 1, *ann.* III, *obs.* 307 (*in mesaraïcis*). — WALTER, *Obs. anat.*, p. 41, 45. — MURRAY, *in act. Med. suecic.* 1,

avait près d'un pouce de longueur et se trouvait situé sur la face interne du vaisseau. On a rencontré des calculs mous dans les cavités des veines. M. Langstaff a découvert récemment trois calculs gros comme de petits pois dans les veines de l'utérus. Des concrétions semblables se voient quelquefois dans les veines dilatées qui environnent la glande prostate tuméfiée. Dans ces cas, il est assez probable que les calculs se forment dans les parties voisines, et qu'ils entrent dans les veines par une absorption progressive (1) (2).

---

p. 3. — Walter, *Anat. Mus.* I, p. 172. — Marcellus Donatus, *lib.* IV, *cap.* 30, p. 521. (*in vena portarum.*)

(1) M. le professeur Béclard, dans des notes qu'il m'a fait l'amitié de me remettre sur les altérations organiques du système vasculaire, dit qu'il a trouvé très-souvent dans les veines des ligamens larges de l'utérus, dans les veines vésico-prostatiques, dans les veines hémorroïdales, dans celles du testicule et même dans les veines sous-cutanées des jambes variqueuses, des concrétions arrondies de la grosseur d'un grain de millet ou un peu plus volumineuses. Ces concrétions sont renfermées dans un caillot, et celui-ci dans une dilatation variqueuse, où il se trouve hors du cours ou à côté du cours du sang liquide. Il croit que ces concrétions se forment dans le sang arrêté et non dans les parois des veines. (*Note du traducteur.*)

(2) Ploucquet, au mot *venæ ossificatio*, renvoie à l'ouvrage suivant : Tilorier, *Bulletin de la Société de mé-*

Les veines, ainsi que les artères, sont quelquefois enveloppées dans les tumeurs mor-

---

decine, p. 224. *App. du Journal de Médecine continué*, vol. XI. (*Concretiones globulosæ ferè liberæ in iis.*) (*a*). M. Cooke de Plaistow m'a communiqué une observation que l'on peut avec raison regarder comme démontrant la possibilité du passage d'un corps étranger dans la cavité d'un vaisseau sanguin par suite, soit d'une ulcération, soit de ce procédé particulier que Hunter a nommé *absorption progressive.*

« Le 9 septembre 1811, un jardinier cherchant à assujettir le ressort de la platine d'un fusil qu'il avait coutume de placer dans son enclos, tira par mégarde avec son pied droit le fil de fer qui se rendait à la détente. Il reçut toute la charge dans la partie interne du gras de la jambe gauche, qui se trouva alors

(*a*) M. le professeur Dupuytren a vu de semblables tumeurs osseuses dans les veines ; elles étaient fixées par un très-petit pédicule qui leur permettait quelque mobilité entre la membrane propre des veines et le feuillet interne, et obliteraient le canal du vaisseau J'ai aussi observé ces concrétions osseuses dans les veines, et j'ai reconnu qu'elles se trouvaient placées tantôt dans l'épaisseur des parois du vaisseau, et tantôt qu'elles étaient libres dans le canal, suspendues seulement par un pédicule filiforme, leur volume égalant celui d'un pois ou d'un noyau de cerise. L'observation qu'on cite ici de Tilorier m'est très-bien connue ; elle fut recueillie par lui et par moi, lorsque nous étions l'un et l'autre élèves internes à l'hôpital Saint-Antoine, hôpital où mon malheureux ami succomba aux accidens d'une fièvre ataxique. Dans une des veines sous-cutanées de la partie postérieure de la jambe d'un vieux sujet, nous trouvâmes plusieurs concrétions très-dures, blanches, globuleuses, mobiles, pédiculées, s'étendant à quelques lignes. Il y avait dans cet endroit une dilatation de la veine.

(*Note du traducteur.*)

bides qui se trouvent dans leur voisinage. Dans ces cas, les membranes des vaisseaux

---

placée vis-à-vis de l'extrémité du canon. La plaie était circonscrite, et elle parvenait de l'autre côté du membre en longeant presque le tibia. Aucun des grains de plomb ne l'avait cependant traversé en entier, et on n'en pouvait pas découvrir en introduisant le doigt dans le fond de la plaie. Il ne survint pas d'hémorragie. On prescrivit la tranquillité du membre ; et comme il était probable, d'après la direction de la blessure, qu'il y aurait un écoulement de sang quand les escarres se détacheraient, on plaça par précaution un tourniquet sur la cuisse, mais de manière néanmoins à ce qu'il n'exerçât pas la plus légère pression sur l'artère. L'inflammation, la suppuration et la formation des escarres eurent lieu, mais le blessé ne perdit que quelques gouttes de sang : lorsque ces dernières se détachèrent, trois semaines environ après l'accident, on sentit quelques-uns des grains de plomb de l'autre côté du membre : on en fit l'extraction en divisant la peau. A cette époque, la plaie primitive était très-resserrée, mais on pouvait avec facilité passer une sonde au travers du membre. La plaie du côté externe de la jambe se guérit, et le blessé put mouvoir plus aisément les muscles soléaire et gastrocnémiens. Comme il était probable que la cure radicale se ferait long-temps attendre, il entra à l'hôpital. L'état des parties blessées continua à s'améliorer jusqu'au 25 février 1812. Ce jour-là, à son réveil, il trouva son lit inondé et il tomba en faiblesse. La petite plaie de la jambe avait saigné en abondance, et c'est elle qui avait fourni le

revêtent l'apparence morbide du tissu contigu. Quelquefois l'affection se déclare dans la membrane interne de la veine, sans s'étendre aux parties environnantes. En disséquant un homme mort d'un *squirrhe du pylore*, je trouvai l'extrémité duodénale de l'estomac environnée par une large tumeur. Cette tumeur paraissait pulpeuse au toucher, et divisée en lobes; elle présentait dans son intérieur une apparence médullaire. Plusieurs ganglions lymphatiques contigus participaient de l'affection organique. La veine splénique était dilatée, et en l'ouvrant j'y trouvai une tumeur plus grosse qu'une noisette, qui s'était développée sur la membrane interne du vaisseau. L'apparence et la consistance de cette tumeur étaient les mêmes que celles des ganglions lymphatiques et de la tumeur du pylore; elle était cependant située à quelque distance de ces parties, et le tissu cellulaire

---

sang dont le lit était pénétré. On fit l'amputation du membre, et en le disséquant on trouva dans son épaisseur quatre-vingts grains de plomb. L'un de ces grains était logé dans l'artère tibiale postérieure d'où provenait l'hémorragie. D'après toutes les circonstances antérieures, il paraît très-peu probable que ce grain de plomb fût resté dans l'artère depuis le moment de l'accident.

qui environnait cette portion de la veine paraissait sain. On verra dans la section suivante plusieurs exemples d'oblitération de veines par suite de ce qu'elles avaient été enveloppées dans des tumeurs médullaires qui s'étendaient des parties voisines jusqu'à elles.

SECTION III.

De l'Oblitération des Veines et de la Circulation veineuse collatérale.

Une cause fréquente de l'oblitération de la cavité d'une veine est l'adhérence de ses parois par suite de la phlegmasie de sa membrane interne. L'inflammation a quelquefois une forme aiguë, comme dans les cas que j'ai rapportés dans la section précédente ; d'autres fois, elle est plus limitée dans son étendue et plus lente dans sa marche, ainsi qu'on le voit dans ces oblitérations des cavités des veines causées par la pression des tumeurs voisines. Dans quelques circonstances aussi, les veines sont comprises dans des tumeurs morbides qui oblitèrent leurs cavités. En général, on trouve dans le vaisseau un caillot de sang d'une étendue considérable, au-dessous de l'endroit qui a d'abord été oblitéré. Ce coagulum est absorbé par la suite, et les mem-

branes de la veine sont définitivement converties en un cordon ligamenteux.

Le système veineux, comme le système artériel, paraît être susceptible de l'établissement d'une circulation collatérale, quand une de ses parties devient imperméable. Les effets fâcheux qui pourraient résulter de l'oblitération d'une veine principale sont prévenus par le nombre de ses branches de communication, qui, dans l'état naturel, sont disposées de manière à livrer un passage facile au sang pour se rendre dans les troncs veineux supérieurs, quand une portion inférieure du vaisseau est fermée. Il paraît que c'est par les innombrables communications des branches superficielles que la circulation se continue, quand une veine principale est oblitérée; mais ensuite quelques-uns de ces canaux finissent par se dilater plus que les autres.

On a vu plusieurs fois l'oblitération non-seulement des branches principales de la veine cave inférieure, mais encore de son tronc lui-même, et malgré cela le sang n'en être pas moins conduit au cœur par les canaux collatéraux. Le docteur Baillie (1) dit

---

(1) *Transaction of a Society for the improvement of*

avoir trouvé chez une femme la veine cave inférieure changée en une substance ligamenteuse, depuis la naissance des veines émulgentes jusqu'à l'oreillette droite du cœur. L'oblitération de sa cavité était telle, que toute circulation du sang y devenait impossible, et ce n'était que très-difficilement qu'on pouvait y faire pénétrer de l'air au moyen de l'insufflation. Le sang ne pouvant traverser la veine cave inférieure, passait dans les veines lombaires, les dilatait graduellement à mesure que l'autre se contractait, jusqu'à ce qu'enfin elles fussent devenues assez larges pour recevoir la totalité du liquide qui revient par la veine cave. Le sang se rendait dans la veine azygos par les communications qui existent entre ce vaisseau et les veines lombaires, et de là il était conduit au cœur. Ce qu'il y avait de particulier dans ce cas, c'est qu'on trouvait une veine azygos additionnelle au côté gauche de l'épine, en sorte que le sang était conduit plus aisément au cœur que s'il n'y eût eu

---

medical and chirurgical knowledge, vol. I, p. 127, pl. v. Bartholin fait mention d'un cas où la veine cave était oblitérée près du cœur, mais il n'en donne aucun détail. (*Obs. anat., cent.* II, *hist.* XXXV.)

qu'une seule veine azygos, comme dans l'état ordinaire. Les veines dilatées étaient dans quelques endroits variqueuses. Dans ce cas remarquable, la veine cave inférieure se trouvait oblitérée dans le point où s'ouvrent les veines caves hépatiques, en sorte que le sang des membres inférieurs et celui qui revenait du foie se rendaient également au cœur par les canaux collatéraux (1).

On connaît plusieurs exemples d'oblitération de la cavité de la veine cave entre le point où s'ouvrent les veines caves hépatiques et celui d'où naissent les iliaques communes. On a vu dans la section précédente l'observation de M. Wilson, dans laquelle non-seulement toute l'étendue de la veine cave, au-dessous de la naissance des veines hépatiques, mais encore les veines émulgentes, spermatiques, iliaques primitives, externes et internes, et leurs plus grosses branches étaient remplies de lymphe et de caillots sanguins consis-

(1) Dans les maladies chroniques du foie, les branches des veines sont quelquefois remplies de sang coagulé. Ce fait m'a été démontré d'abord par le docteur Farre, et j'ai eu depuis plusieurs occasions de l'observer. J'ai aussi trouvé les branches des veines pulmonaires remplies de coagulum, dans des cas d'affections tuberculeuses très-étendues des poumons.

tans. Les vaisseaux des membres inférieurs étaient dans leur état naturel; aucune accumulation de sang extraordinaire n'existait dans les veines, et l'on ne voyait point d'infiltration de sérosité dans le tissu cellulaire. Les branches d'anastomoses des veines des parties latérales et de la partie postérieure du bassin étaient très-dilatées; il en était de même pour les anastomoses entre la grande veine saphène et les branches compagnes des artères profondément situées qui passent par la grande ouverture de l'ischion ou par le trou sciatique. On voyait de larges branches de communication remplies d'un sang fluide entre les veines honteuses externes et les dernières divisions de la veine mésentérique inférieure, qui était trois fois plus grosse qu'à l'ordinaire. Les veines de la dure-mère, celles du canal vertébral, les sinus eux-mêmes et les veines qui s'y rendent étaient dilatés; les communications entre elles et les veines sacrées et lombaires, étaient devenues très-apparentes par le sang qu'elles renfermaient. Les branches élargies des veines lombaires communiquaient si facilement les unes avec les autres, qu'elles pouvaient livrer passage à une très-grande quantité de sang pour se rendre dans la veine

azygos par les branches d'anastomoses de sa partie inférieure. Cette veine, quoique trois fois plus grosse qu'elle ne l'est ordinairement, n'avait pas cette apparence variqueuse décrite par le docteur Baillie. Les veines émulgentes et diaphragmatiques offraient de larges communications avec les veines lombaires et la veine azygos. Le sang passait des veines honteuses externes dans les mésentériques inférieures, d'où il se rendait à la veine porte : il circulait ensuite dans le foie, et pénétrait dans la partie inférieure de l'oreillette droite du cœur, par la très petite portion de la veine cave inférieure qui restait perméable entre l'oreillette et les veines caves hépatiques. Le reste du sang, après être parvenu à la veine azygos, passait de ce vaisseau dans la veine cave supérieure et de cette dernière dans l'oreillette, mais par sa partie supérieure (1). M. Cline a trouvé la veine cave inférieure oblitérée, un peu au-dessus de sa bifurcation, par le développement d'une tumeur stéatomateuse dans le tissu cellulaire, derrière le péritoine. La tumeur occupait une partie du bassin et des régions

(1) *Transaction of a Society for the improvement of medical and chirurgical knowledge*, vol. III, pag. 70.

lombaires. Les veines épigastriques étaient devenues aussi grosses que le petit doigt, et les veines superficielles de l'abdomen, ainsi que les lombaires et celles de la cavité interne de l'abdomen, étaient également très-dilatées : cette disposition existait aussi dans la veine mammaire interne et dans la veine épigastrique, avec laquelle elle s'anastomosait, et qui s'ouvrait, comme à l'ordinaire, dans la veine cave supérieure, près de l'origine des sous-clavières : par là, le sang veineux des membres inférieurs était versé dans la veine cave supérieure au moyen de la veine mammaire, et dans la veine cave inférieure par les veines lombaires au-dessus de la compression occasionnée par la tumeur stéatomateuse (1). Haller fait mention aussi d'un cas où la veine cave était oblitérée entre les veines émulgentes et les veines iliaques (2).

---

(1) *Voyez* SCARPA, *Treatise on Aneurism*, *Wishart's translation*, p. 20. Note.

(2) *Ea in femina, non multo quadragenaria majori, inter renales venas et iliacas concreta fuit, ut nihil cavitatis loco superesset, nisi fibrosa quædam, quasi carnea, polyposa, et durà caro. Sanguinem autem ab aorta inferiori reducebat vena spermatica dextra, enormiter se ipsa sana làtior, unciali diametro, quæ san-*

J'ai vu deux fois l'oblitération de la veine iliaque commune. L'un de ces cas se présenta chez une femme dont l'utérus était converti en une tumeur médullaire qui remplissait le bassin et s'étendait dans l'abdomen. La courbure sigmoïde du colon, le rectum, la vessie, les uretères, les ovaires, les trompes de Fallope et le vagin étaient enveloppés dans cette masse pulpeuse qui comprenait aussi les vaisseaux sanguins, et qui avait causé l'oblitération de l'artère iliaque interne gauche, et des veines iliaques communes, externes et internes, sur les deux côtés du corps. Les membranes de ces veines étaient complètement détruites dans quelques endroits, en sorte qu'il était impossible de suivre le trajet de ces vaisseaux. Comme on avait enlevé les parties avant d'examiner l'état de ces vaisseaux, je ne pus faire aucune observation sur le mode circulatoire qui avait dû s'y établir. Dans l'autre cas, où les veines iliaques communes, externes et internes du côté gauche étaient oblitérées par la pression d'un anévrisme de l'aorte abdominale, la veine

---

guinem immittebat venæ perindè dilatatæ uretericæ dextræ, ab iliaca ejus lateris ortæ. (Opuscula pathologica, obs. XXIV. *Lausannæ*, 1768.)

azygos était aussi grosse que le petit doigt, et s'étendait dans la région lombaire gauche, où elle recevait deux branches considérables qui communiquaient avec les veines lombaires et avec les branches venant du bassin. Dans ces deux circonstances, aucun symptôme n'avait indiqué l'obstacle qui avait existé dans la circulation veineuse pendant la vie des malades. Morgagni (1) trouva la cavité de la veine iliaque oblitérée par l'adhérence de ses parois, et la veine fémorale contractée et remplie d'une concrétion sanguine. Le membre était œdémateux, et la tête du fémur avait été détruite par la maladie. On m'a cité une observation dans laquelle l'œdême du membre avait été suivi de l'oblitération de la veine fémorale ; mais les faits dont j'ai parlé prouvent que les hydropisies ne sont pas, en général, la conséquence de l'oblitération d'une veine principale. J'ai vu plusieurs préparations anatomiques dans lesquelles la veine fémorale était oblitérée, et j'ai connaissance d'un cas où elle fut comprise dans une ligature, sans qu'il en résultât rien de fâcheux.

Hunter a trouvé une fois la veine cave supérieure et le tronc commun des veines

---

(1) Epist. LVI, art. 10.

jugulaire et sous-clavière gauche tellement comprimés par un anévrisme de l'aorte, qu'il leur restait à peine quelque chose de leur capacité et de leur apparence naturelles (1); mais il n'est pas encore venu à ma connaissance qu'on ait jamais rencontré la veine cave supérieure complètement oblitérée (2). Il est probable toutefois que si ce vaisseau était imperméable, le sang des parties supérieures du corps passerait dans la veine cave inférieure par l'intervention des branches de la veine azygos. C'est ainsi que le sang des branches des veines axillaires et sous-clavières se rendrait dans les branches de la veine azygos, et serait transmis ensuite par d'autres branches, de ce même vaisseau dans les veines lombaires, diaphragma-

---

(1) *Medical Observations and inquiries*, vol. 1, p. 333, *third edition*.

(2) On trouve dans le Muséum de la Faculté de Médecine de Paris, sous le n° 150, une pièce modelée en cire par M. Pinson, sous la direction de M. le professeur Dupuytren; elle représente une concrétion polypeuse formée dans la veine cave supérieure, se prolongeant dans la sous-clavière et les jugulaires, oblitérant le canal de ces vaisseaux, aux parois desquels elle adhère. Cette concrétion est blanche; ce qui porte à croire qu'elle était formée par de la fibrine. (*Note du traducteur.*)

tiques, émulgentes et spermatiques qui s'ouvrent toutes dans la veine cave inférieure. La veine mammaire transmettrait aussi une quantité considérable de sang dans les veines épigastriques. Si l'une des veines sous-clavières était oblitérée, les communications entre ses branches et celles de la veine correspondante de l'autre côté du corps, ainsi qu'avec la veine azygos, livreraient un passage suffisant au sang pour se rendre dans la veine cave supérieure.

On a vu plusieurs fois la veine jugulaire interne oblitérée. Dans l'observation suivante, dont je dois les détails et l'examen des parties à l'amitié de M. George Young, l'oblitération de ce vaisseau fut produite par l'extension de tumeurs morbides jusqu'à ses membranes.

OBSERVATION L.

Un matelot âgé de cinquante ans avait à la gorge un ulcère qui communiquait avec une chaîne de tumeurs disposées autour du pharynx et du larynx, et gênant beaucoup la respiration et la déglutition. Ces tumeurs augmentaient de volume depuis plusieurs mois, lorsque le malade mourut, épuisé par

l'irritation et la douleur qu'elles avaient produites. La dissection fit reconnaître que ces tumeurs étaient formées par une matière médullaire molle renfermée dans une sorte de tissu cellulaire. L'une d'elles faisait saillie dans l'arrière-bouche, et avait excité une ulcération qui s'étendait à l'épiglotte. L'artère carotide et la veine jugulaire interne étaient enveloppées par ces corps morbides. La cavité de l'artère avait conservé son diamètre naturel et ses membranes étaient saines. La veine jugulaire interne gauche était complètement oblitérée dans une étendue de deux pouces, c'est-à-dire dans tout son trajet à travers les tumeurs. Les parois de ses extrémités étaient adhérentes, et le tissu propre de ses membranes, dans l'espace intermédiaire, était perdu au milieu de la masse morbide. La veine et l'artère de l'autre côté restaient saines; il n'y avait dans les autres parties du corps aucune altération organique.

Un fait semblable vient d'être publié tout récemment par M. Lardner de Birmingham (1), et il m'a montré les parties malades qu'il a pris soin de conserver. La struc-

---

(1) *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, vol. VII, p. 407.

ture de la tumeur et la condition de la veine sont précisément les mêmes que celles dont j'ai donné précédemment la description. Les *Essais de Médecine d'Edimbourg* (1)

---

(1) Vol. v, p. 337, 5e édition. Ce cas est rapporté par le docteur Thomas Simson, professeur de médecine à l'Université de Saint-André. Les circonstances remarquables qui ont accompagné l'opération m'engagent à en insérer ici les détails. « En disséquant en dehors cette tumeur, je découvris l'artère carotide dans une étendue de deux pouces, et je vis parfaitement ses pulsations. De la partie supérieure de la tumeur naissait un corps cartilagineux qui se rendait au larynx, auquel il était fortement attaché. En l'incisant, il sortit d'une artère un jet de sang considérable qu'on arrêta aussitôt par l'application de l'esprit-de-vin, en sorte qu'on put continuer inférieurement la dissection de la tumeur jusqu'à la veine. Après avoir découvert la veine dans une grande étendue, je la trouvai confondue à la partie inférieure avec la substance même de la tumeur : en conséquence, après avoir placé une ligature autour de la veine, je la liai, et ensuite je divisai la partie restante de la tumeur au-dessous, à l'exception d'une petite portion dans laquelle je pensai que la veine était enveloppée. Je crus que la ligature suffirait pour la faire tomber; mais au bout de huit jours, ne voyant aucune apparence d'une telle séparation, je divisai cette portion immédiatement au-dessous de la ligature, et je trouvai la veine ainsi que les autres parties devenues presque solides et d'une consistance cartilagineuse. Après l'enlèvement total de cette

contiennent une observation où la veine jugulaire interne était enveloppée dans une tumeur, en sorte qu'il y eut oblitération de sa cavité. La tumeur fut extirpée, et la partie supérieure de la veine fut liée pendant l'opération. M. Simmons de Manchester a publié également une observation sur la ligature de la veine jugulaire interne. Une tumeur volumineuse s'étendait sur le côté gauche du cou, depuis le bord externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien presque jusqu'à l'épaule. On fit l'extirpation de la tumeur. Les artères divisées saignèrent en abondance; mais le sang sortit en torrent de la veine jugulaire interne qu'on avait incisée dans l'opération. Trois ligatures furent appliquées à cette veine: elles se détachèrent sans qu'il survînt d'hémorragie, et les parties furent guéries au bout de deux mois. On doit remarquer ici qu'aucune affection de la tête ne suivit l'oblitération de la veine jugulaire interne (1). Haller trouva la cavité de l'artère carotide commune oblitérée par un caillot d'une cou-

---

substance compacte, la grande cavité dans laquelle la tumeur avait été logée se remplit très-rapidement, de sorte que la plaie fut cicatrisée en six semaines. »

(1) *Medical Facts and Observations*, vol. VIII, p. 23.

leur blanchâtre, et adhérent d'une manière intime à sa membrane interne : la veine jugulaire profonde était également remplie d'une substance semblable qui s'étendait jusqu'à l'endroit où une branche de communication de la veine jugulaire externe s'ouvrait dans la jugulaire interne, au-dessous de la glande parotide. La partie inférieure de cette substance était unie d'une manière inséparable aux parois du vaisseau (1).

SECTION IV.

Des Veines variqueuses.

Lorsque la circulation est empêchée dans une veine, la portion inférieure du vaisseau et les branches qui s'y rendent sont dilatées par l'accumulation du sang dans leurs cavités. Si l'obstruction continue, la dilatation des veines devient permanente, et leurs valvules étant hors d'état de supporter le poids du sang, la maladie est augmentée par la pression de la colonne de ce fluide dans

---

(1) *Opuscula pathologica*, obs. XXIII, tab. I. *Lausannæ*, 1768. *Voyez* aussi ce que j'ai rapporté précédemment à la page 1re de la seconde partie de cet ouvrage.

la partie supérieure du vaisseau dilaté. Il est probable que quelquefois les valvules se rompent par suite d'un exercice musculaire trop fort ou d'une violence externe ; et dans ces circonstances, la pression de la colonne de sang est la cause première de la dilatation des veines. Quelquefois aussi la maladie paraît provenir d'une faiblesse contre nature dans les parois des veines : tels sont les cas où, sans aucune cause évidente, elle existe dans diverses parties de la même personne. Quand une veine est oblitérée, les canaux d'anastomoses par lesquels la circulation se continue deviennent, en général, variqueux, par l'afflux extraordinaire du sang dans leurs cavités. Ce fait a été remarqué par le docteur Baillie, dans un cas d'oblitération de la veine cave, et plusieurs observations que l'on verra plus loin viennent encore à l'appui de ce que nous disons.

Quand une veine est dilatée, elle augmente, en général, de longueur, de manière qu'elle ne peut plus être contenue dans l'espace qu'elle occupait dans son état naturel. Par suite de cette disposition, une veine dilatée prend un cours tortueux, et lorsque les parties environnantes ont une texture lâche, ses circonvolutions sont quelquefois

repliées les unes sur les autres comme celles de l'intestin et forment une tumeur variqueuse. Une petite portion de veine se trouve parfois plus dilatée que le reste et devient une tumeur proéminente à laquelle on donne le nom de *varice*. Les parois de la veine épaississent à proportion de leur dilatation, s'attachent aux parties voisines, et une hémorragie grave est, dans certains cas, la conséquence de la rupture du vaisseau dilaté.

Les grands troncs veineux deviennent quelquefois variqueux. Quand la maladie a son siége près du cœur, elle est accompagnée de pulsations qui peuvent la faire prendre pour un anévrisme. Morgagni a observé que les veines jugulaires étaient parfois très dilatées et avaient même une pulsation (1). Il rapporte aussi un exemple où la veine azygos, dans l'étendue d'une palme, était tellement dilatée qu'on pouvait la comparer à la veine cave. Le malade mourut subitement par suite de la rupture de cette varice dans le côté droit du thorax (2). On lit un fait semblable dans l'ouvrage de M. Portal ; on y voit

---

(1) Lettre XVIII, art. 9, 10, 11.

(2) Lettre XXVI, art. 29.

aussi une observation où la veine sous-clavière droite étant excessivement dilatée se rompit dans la poitrine (1). M. Cline a raconté dans ses cours l'histoire d'une femme qui avait une large tumeur pulsative au cou, qui finit par s'ouvrir et par causer une hémorragie funeste. Un sac naissait de la veine jugulaire interne; l'artère carotide était logée dans un enfoncement à la partie postérieure de ce sac.

Les veines des membres supérieurs deviennent très-rarement variqueuses. A l'exception des cas de varices anévrismales, je ne connais qu'un seul exemple de varice au bras, et il est décrit par Petit (2). Chez son malade, il y avait une varice au pli du bras; son embonpoint était tel, que ne pouvant trouver aucune autre veine pour le saigner, Petit se détermina à piquer cette varice, et répéta même plusieurs fois l'opération de cette manière. Les veines épigastriques superficielles peuvent quelquefois être variqueuses; mais les vaisseaux les plus exposés à cette affection sont les veines saphènes, spermatiques et hémorroïdales.

---

(1) Cours d'Anatomie médicale, tome III, page 554, 575.

(2) Traité des Maladies chirurgicales, t. II, p. 49.

L'utérus chargé du produit de la conception, des tumeurs à la partie inférieure de l'abdomen ou du bassin, et des collections de matières fécales dans les intestins, en gênant le retour du sang par les veines iliaques, sont des causes fréquentes de dilatation des veines superficielles des membres inférieurs. Un exercice continuel et forcé de ces mêmes parties, l'usage de jarretières serrées et la pression de certaines tumeurs produisent des effets semblables. La dilatation est, en général, bornée aux veines superficielles (1), et dans le plus grand nombre des cas, elle commence près de l'articulation du pied. Quelquefois les varices occupent non-seulement les troncs, mais encore les ramifications cutanées les plus ténues des veines : dans d'autres circonstances, elles se bornent au tronc, qui, outre sa dilatation générale, s'étend dans quelques

(1) Les veines profondément situées des extrémités deviennent rarement variqueuses. La veine fémorale, immédiatement au-dessous du ligament de Poupart, est quelquefois dilatée en forme de tumeur qu'on pourrait prendre pour une hernie fémorale. On peut néanmoins la distinguer d'une hernie en comprimant la veine au-dessous de la tumeur : si cette dernière est formée par une dilatation variqueuse de la veine fémorale, elle diminuera de volume par ce moyen.

endroits sous forme de tumeurs bleuâtres, de dimensions variées depuis celle d'une petite noix jusqu'à celle d'un œuf de pigeon.

Quand une veine variqueuse est en contact avec un os, ce dernier éprouve souvent une perte de substance par l'absorption, en sorte qu'il en résulte une cannelure pour loger le vaisseau. La dilatation des veines est fréquemment accompagnée de douleurs excessives et quelquefois d'une inflammation de la peau et du tissu cellulaire. Cette inflammation peut se terminer par la formation d'abcès autour de la veine : d'autres fois, sa marche est plus lente, et elle produit alors des ulcères indolens. Ils sont situés, en général, près de l'articulation du pied, et se font remarquer par leur opiniâtreté extrême.

Il arrive aussi, dans certains cas, que le sang dépose des couches de coagulum dans les veines variqueuses : lorsque cela existe, le vaisseau ne peut se vider par la pression, il est dur au toucher; le dépôt, en général, ne remplit pas la veine, mais en diminuant son calibre, il retarde la progression du sang, augmente la dilatation de la portion inférieure du vaisseau et des branches qui s'ouvrent dans son intérieur. Petit, qui connaissait cette disposition, avait coutume d'ou-

vrir les veines variqueuses et d'en retirer les couches de coagulum (1). En enlevant cette cause d'obstruction, non-seulement il arrêtait les progrès du mal, mais en outre il obtenait souvent par cette opération la diminution du calibre des vaisseaux dilatés. Il peut arriver néanmoins que le coagulum s'accumule en assez grande quantité pour oblitérer complètement le vaisseau malade. J'ai vu quatre fois des varices se guérir ainsi spontanément. Il est probable que dans ces cas, le coagulum s'accumulait jusqu'à ce qu'il eût complètement rempli la varice ou la portion supérieure de la veine qui communiquait avec elle; le sang, ne pouvant passer plus avant, se coagulait dans une étendue considérable du vaisseau; ce coagulum était graduellement absorbé : à mesure que son absorption avançait, les parois de la veine revenaient sur elles-mêmes; le vaisseau était définitivement oblitéré, et le sang transmis par les canaux collatéraux.

---

(1) Traité des Maladies chirurgicales, t. II, p. 42, 63.

OBSERVATION LI.

Un charpentier âgé de dix-neuf ans s'aperçut, en 1806, que les veines de sa jambe droite étaient plus grosses que celles de la gauche. Dès-lors, elles augmentèrent graduellement, et en janvier 1814, il avait au côté interne du gras de la jambe, à-peu-près à la partie moyenne du tibia, un amas de veines dilatées : dans le trajet de la grande veine saphène, un peu au-dessous du genou, l'on voyait une varice aussi grosse qu'un œuf de pigeon, et il y en avait une autre de même volume à la partie moyenne de la cuisse. Les portions intermédiaires de la veine étaient dilatées ; mais toutes les fois que, jusque là, le malade avait pris une position horizontale, les tumeurs avaient disparu. Peu de jours après, ayant exercé le membre pendant plusieurs heures avec plus de force qu'à l'ordinaire, il s'aperçut que les tumeurs ne se vidaient plus par la pression et qu'elles ne disparaissaient pas lorsque le membre était élevé. Il était évident que la circulation avait cessé dans leur intérieur ; elles devinrent dures et très-douloureuses : la veine, entre les tumeurs, ressemblait à une corde qu'on aurait passée sous la peau.

Lorsque je vis le malade, la grande veine saphène, depuis le milieu de la jambe jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, se trouvait dans cet état. Les tumeurs, quoique dures à leur circonférence, étaient élastiques à leur centre; la peau qui les recouvrait offrait une couleur rouge foncée; le malade se plaignait d'une grande douleur dans le membre, particulièrement à l'articulation du pied. On appliqua des lotions froides sur les tumeurs; on fit tenir le membre dans une position horizontale et dans un repos parfait. La douleur disparut par ce traitement : au bout de quelques jours, on recouvrit les tumeurs d'emplâtres de savon, et le membre fut enveloppé par une bande roulée depuis les orteils jusqu'à l'aîne. Les tumeurs diminuèrent graduellement; cinq mois après qu'on se fut aperçu pour la première fois que la circulation avait cessé dans la veine, la peau qui recouvrait les tumeurs était de niveau avec les parties environnantes, et elles se convertirent en de petits nœuds durs, de la grosseur d'un pois, et qui se trouvaient disposés dans le trajet de la veine, changée elle-même, du moins à en juger par le toucher, en un cordon solide. Mais tandis que ces changemens s'opéraient,

les veines qui entourent l'articulation du pied et la petite veine saphène se dilataient, et peu de temps après, lorsque le malade eut reprit ses occupations, ces vaisseaux étaient devenus évidemment variqueux. Une compression régulière avait jusque là arrêté les progrès de leur dilatation. Il s'était écoulé déjà dix mois lorsque je vis cet individu pour la première fois : tout ce qui reste de la varice de la cuisse et de celle qui était immédiatement au-dessous du genou, consiste en deux nodosités résistantes, de la grosseur de deux grains d'orge. Une veine évidemment perméable, et contenant du sang, se distingue sur le côté interne du genou, dans le trajet de la grande veine saphène; mais il est douteux si c'est bien ce vaisseau ou une de ses branches collatérales. Il y a plus de probabilité que c'est une de ces dernières, parce qu'une portion de la grande veine saphène, des deux côtés de la varice inférieure, est encore dure, contractée et évidemment imperméable : on ne peut guère douter, par exemple, que les portions du vaisseau dans lesquelles les varices ont leur siége ne soient oblitérées. De nombreuses veines dilatées s'ouvrent depuis l'articulation du pied et le long de la partie interne de la jambe, dans

la petite veine saphène, dont une large branche traverse en serpentant le jarret.

OBSERVATION LII.

Une femme âgée de quarante ans était tourmentée depuis seize ans par des varices des veines de la jambe gauche, près de l'articulation du pied, où elle avait en outre un ulcère très-rebelle. Une large varice existait aussi dans le trajet de la grande veine saphène, un peu au-dessous de la partie moyenne de la cuisse. La varice de la cuisse augmenta tout-à-coup de volume sans aucune cause apparente, et devint extrêmement douloureuse : en peu d'heures elle se durcit, et lorsque je vis la malade, trois semaines après cet accident, la peau qui recouvrait la varice était d'un rouge foncé. On fit sur la tumeur des lotions froides jusqu'à ce que la douleur et l'inflammation eussent disparu : le membre fut ensuite entouré par une bande ordinaire, mouillée de vinaigre et d'eau, et l'on augmenta la pression par degrés. La tumeur diminua graduellement, et finit par se réduire à une très-petite nodosité compacte, qui n'avait aucun des caractères d'une varice.

Il n'est pas impossible que la guérison des varices ne soit quelquefois la conséquence de l'inflammation et de l'adhérence des parois opposées du vaisseau dilaté; mais dans les cas que je viens de rapporter, la dureté et la contraction graduelle des tumeurs paraissent avoir été les suites de la coagulation et de l'absorption consécutive du sang qu'elles renfermaient. A quelques égards, ce procédé est donc le même que celui qui effectue, dans certains cas, la guérison spontanée des anévrismes (1).

---

(1) Les observations suivantes de Petit viennent éclaircir ce sujet : « Sitôt que le tronc des vaisseaux est entièrement bouché par le premier caillot, le sang qui remonte par les branches se coagule à mesure qu'il arrive, la tumeur augmente et devient plus dure; elle n'est pas encore bien douloureuse, si ce n'est quand on la presse; elle n'obéit presque point au toucher dans les premiers jours; mais peu à peu elle devient molle à sa circonférence, et au travers de cette mollesse, on sent encore le caillot, plus petit à la vérité, mais plus dur qu'il n'était, parce que la sérosité s'en est séparée : c'est cette sérosité qui fait la mollesse; elle entoure le caillot, et toujours renfermée avec lui dans la cavité du vaisseau, on aperçoit au toucher une fluctuation qui en imposerait à ceux qui ne seraient pas instruits de cette circonstance. J'en ai vues que l'on avait ouvertes croyant ouvrir un abcès. Quoique ce soit une erreur, ce n'est pas toujours

On a recommandé divers modes de traitement pour les veines variqueuses dans la vue, soit d'accomplir une guérison radicale de la maladie, soit seulement d'arrêter ses progrès ou de pallier ses effets. Les anciens enlevaient les varices par l'excision, ou les détruisaient avec un fer incandescent. Celse (1), dont la pratique, relativement à cette affection, est citée par plusieurs auteurs, faisait usage également de l'excision et du cautère actuel. Si la veine avait un grand nombre de circonvolutions, il préférait l'extirpation ; mais lorsque son trajet était droit, il la découvrait en incisant la peau, et appliquait le cautère à diverses portions du vaisseau dilaté. Quoiqu'on ne puisse douter que ces opérations ne fussent fréquentes du temps de Celse, qui donne comme un axiôme que

---

un mal, parce que la sérosité sanguinolente qui en sort, quoiqu'en médiocre quantité, débarrasse et soulage d'autant la partie ; de plus, si le caillot se présente à l'ouverture que l'on a faite, et si cette ouverture est assez grande pour qu'on puisse le tirer, il peut arriver qu'on débouche le tronc de la veine variqueuse, et même l'embouchure de plusieurs vaisseaux qui s'y viennent décharger, ce qui opère un soulagement considérable. (PETIT, *Traité des Maladies chirurgicales*, t. II, p. 42.)

(1) *De Re Medicâ, lib.* VII, *cap.* XXXI.

toute veine malade doit être détruite par le cautère ou l'excision (1), il est rare néanmoins que les incommodités de cette affection viennent au point de justifier l'emploi de remèdes aussi douloureux. Depuis la renaissance de la chirurgie, on a vu cependant dans quelques cas des agglomérations de veines variqueuses être extirpées avec succès. Petit (2) a recommandé l'extirpation toutes les fois qu'il n'y a qu'une portion de la veine qui soit dilatée et repliée en forme de tumeur circonscrite, dans laquelle le sang est stagnant et occasionne de la douleur et de l'inflammation. M. Boyer (3) rapporte une observation dans laquelle il extirpa une tumeur formée par trois ou quatre larges varices situées au côté externe de la jambe. Les veines furent liées pendant l'opération, et le malade se rétablit sans aucun symptôme fâcheux. On a recommandé, en général, durant l'opération, de lier la veine, tant au-dessus qu'au-dessous de la varice, avant d'enlever cette dernière; mais cette règle n'est pas rigoureuse, puisque très-souvent on peut arrêter l'hémorra-

---

(1) *De Re Medicâ*, *lib.* VII, *cap.* XXXI.

(2) Traité des Maladies chirurgicales., t. II, p. 64.

(3) *Idem*, p. 254.

gie par des compresses graduées, des emplâtres agglutinatifs et des bandages.

Une autre manière d'effectuer la guérison radicale des varices consiste à ouvrir le vaisseau dilaté, à enlever le coagulum qu'il renferme, et à placer en contact les parois opposées de sa cavité au moyen des compresses et des bandages qui arrêtent en même temps l'hémorragie. De cette manière on obtient l'adhérence de la veine et l'oblitération subséquente de sa cavité. Cette pratique, qui, avec quelques modifications, paraît avoir été mise en usage par Fabrice d'Aquapendente (1), a été depuis essayée en Angleterre. J'ai appris que plusieurs fois on avait réussi par son moyen à obtenir la guérison radicale de varices à la jambe; mais dans quelques-uns de ces cas, elle a été suivie de symptômes si violens d'une irritation constitutionnelle, qu'on a été forcé de l'abandonner. Petit insiste fortement sur l'efficacité de la piqûre des varices pour en retirer une grande quantité de sang : toutefois il ne

(1) *Opera chirurgica*, p. 640. Fabrice liait la veine au-dessus et au-dessous de la varice, et après avoir vidé cette dernière en la piquant, il oblitérait sa cavité par la compression.

paraît avoir employé ce moyen que comme un remède palliatif et conjointement avec d'autres (1). Il avait coutume de choisir une des varices les plus proéminentes à la partie supérieure du membre, et il la piquait avec une lancette. Pendant la sortie du sang, il frottait doucement le membre pour vider les veines dilatées de tout le sang noir et épais qu'elles renfermaient. S'il y avait un dépôt de coagulum dans le vaisseau, il agrandissait l'ouverture de manière à en permettre l'extraction, et ensuite il fermait la petite plaie au moyen de compresses graduées et d'un bandage. Il regardait l'extraction du coagulum comme tellement importante, qu'il piquait quelquefois la veine dans différens endroits pour parvenir à ce but, et qu'il allait même dans certains cas, et toujours dans la même intention, jusqu'à ouvrir une étendue considérable du vaisseau. Petit fait observer

(1) Traité des Maladies chirurgicales, tome II, p. 60, 64. A. Paré dit qu'il a souvent employé cette pratique avec succès. Dionis a recommandé, comme la seule manière convenable de traiter les varices, de les piquer avec une lancette, d'en retirer par là tout le sang qu'elles contiennent, et ensuite de les comprimer pendant un certain temps. (Voyez *Cours d'Opérations de chirurgie*, p. 766, 5e édit., par G. de Lafaye.)

que la sortie du sang des varices, qu'elle soit effectuée par l'art, ou bien qu'elle soit une conséquence de la rupture spontanée du vaisseau, est toujours suivie d'un adoucissement remarquable de l'inflammation, et d'une amélioration des ulcères rebelles qui accompagnent si fréquemment l'état variqueux des veines de la jambe (1). Il parle avec la plus grande confiance de l'efficacité de ce moyen; et il assure que, par la saignée des varices et par le repos du lit prescrit aux malades, il a guéri des ulcères variqueux des jambes qui existaient depuis plus de trente ans, et qui avaient rendu les membres si volumineux que les malades ne pouvaient plus marcher. Petit tirait une quantité énorme de sang par la piqûre des varices, et il dit avoir enlevé jusqu'à deux ou trois livres de ce fluide sans occasionner la moindre faiblesse. M. Boyer a aussi remarqué (2) qu'on pouvait, sans affaiblir le malade, tirer une bien plus grande quantité de sang des veines variqueuses que des vaisseaux sains.

J'ai déjà fait observer que la pression de la

---

(1) Traité des Maladies chirurgicales, t. II, p. 52.

(2) Traité des Maladies chirurg. et des opérat. qui leur conviennent, t. II, art. VII, des Varices, p. 243, 1re édit.

colonne du sang dans la portion supérieure du vaisseau dilaté est une cause fréquente de l'élargissement variqueux des veines inférieures. Dans la vue de diminuer la longueur et conséquemment le poids de la colonne, on a proposé d'oblitérer une portion de la veine dilatée par l'application d'une ligature. La pratique de lier les veines pour guérir les varices paraît avoir été employée du temps de Paré (1) et de Dionis (2), qui ont décrit avec soin l'opération de la ligature et de la division de la veine entre les deux ligatures. Sir Everard Home rapporte plusieurs observations de veines variqueuses de la jambe, dont quelques-unes même étaient accompagnées d'ulcères rebelles. Dans ces cas, la ligature de la grande veine saphène, à l'endroit où elle passe sur le côté interne du genou, non-seulement diminua la dilatation des veines de la jambe, mais encore guérit très-promptement les ulcères. Une semaine après l'opération, il y avait, en général, une très-grande diminution du volume des veines;

(1) Œuvres d'Amb. Paré, troiziesme liure des vlceres, etc., chap. xx, p. 502 et 503, 7e édit. Paris, 1614.

(2) Cours d'opérations de chirurgie, p. 765. 5e édit., par George de Lafaye.

dans tous les cas, les ulcères avaient un aspect bien meilleur trois jours après l'opération, et dès-lors, ils marchaient vers leur guérison, comme s'ils eussent eu leur siége sur des parties saines (1). Malgré la terminaison favorable de ces opérations, quelques-unes d'elles furent accompagnées de fièvre, d'inflammation et de la perte de la santé générale, tous symptômes qui paraissaient provenir de l'extension de l'inflammation le long de la veine. On a vu des exemples depuis dans lesquels ces symptômes ont augmenté, et les maladies se sont terminées d'une manière funeste. L'intensité extrême de l'irritation constitutionnelle qui est produite quelquefois par la ligature d'une veine, se voit dans le cas suivant, dont je suis redevable à M. Freer de Brimingham.

OBSERVATION LIII.

Une femme âgée de cinquante ans était depuis long-temps tourmentée d'un ulcère qui avait son siége un peu au-dessus de l'articulation du pied avec la jambe droite. Les veines de la jambe et du pied étaient vari-

---

(1) *Practical Observations on Ulcers*, page 330, 2ᵉ édition.

queuses; et comme probablement l'opiniâtreté de l'ulcère dépendait de cet état des veines, on lia avec une seule ligature la grande veine saphène, un peu au-dessous du genou. Quatre heures après l'opération, la malade éprouva une douleur violente au côté gauche de la poitrine, qu'elle exprima par des signes seulement, parce que sa respiration était si fréquente et si laborieuse qu'elle ne pouvait parler. Bientôt après l'apparition de ces symptômes, elle vomit une grande quantité de sang; son pouls offrait soixante pulsations par minute; elle n'avait aucune douleur à la jambe. On lui tira quatorze onces de sang du bras; la respiration en devint plus facile et le pouls plus fréquent. Quatre heures après la saignée, les symptômes s'aggravèrent de nouveau; la respiration fut plus difficile, et la malade se plaignit d'une grande douleur à la poitrine. On enleva la ligature qui était autour de la veine. Les symptômes s'apaisèrent sur-le-champ; la malade se trouva plus à son aise, et son pouls s'éleva à quatre-vingts pulsations. Pendant la nuit suivante, elle vomit un peu plus de sang; à d'autres égards, elle était assez bien, et ne se plaignait que d'un peu d'abattement. Le genou était très-douloureux, et il présentait un peu de tuméfac-

tion le quatrième jour. Le pouls était faible. Le gonflement et la douleur du genou ont disparu le sixième jour. Le douzième, la malade était parfaitement rétablie. La plaie au-dessous du genou ainsi que l'ulcère qui avait son siége près de l'articulation du pied, étaient presque entièrement guéris. Tout était cicatrisé le quinzième jour; mais la malade se plaignait de douleurs à la jambe quand elle se trouvait dans une position droite, et ses veines avaient évidemment augmenté de volume. Le dix-huitième jour, le membre était très-douloureux; la veine paraissait être imperméable au-dessous de la partie qui avait été liée, et plusieurs varices du gras de la jambe étaient plus dures qu'avant l'opération. Il y avait beaucoup de tuméfaction dans les veines qui entourent l'articulation du pied, et la malade se plaignait d'y éprouver de grandes douleurs. Six semaines environ après cette opération, une grosse veine fut liée un peu au-dessus de la partie externe de l'articulation du pied, avec une seule ligature qu'on enleva immédiatement. Bientôt après, la fièvre se déclara, et il y eut deux vomissemens, mais qui n'étaient pas sanguins. On tira quatorze onces de sang du bras; dans la soirée, le pouls était naturel; le membre devint dou-

loureux ; mais la douleur cessa dès qu'on eut enlevé la bande. Le jour suivant, le pouls était naturel : comme depuis vingt-quatre heures, il y avait une rétention d'urine, on introduisit une sonde dans la vessie, qui en fit rendre trois pintes. Le lendemain, l'urine fut encore retenue; mais dans la soirée, une évacuation naturelle de ce fluide soulagea la malade. Les opérations avaient produit en apparence l'oblitération des vaisseaux auxquels des ligatures avaient été appliquées. Comme d'autres veines du membre étaient variqueuses et qu'elles occasionnaient beaucoup de gène et de douleur, on fit de la même manière la ligature de deux des plus grosses, neuf semaines environ après la première opération dont nous avons parlé. Les ligatures furent enlevées immédiatement après leur application. Au bout de trois heures, la malade vomit un fluide légèrement teint de sang. Seize onces de ce liquide furent tirées du bras, et le pouls, qui, avant la saignée, était plein, devint plus mou et plus fréquent. Le vomissement ne reparut pas le lendemain ; le pouls était lent et faible, et la malade éprouva de nouveau une rétention d'urine. Le second jour, le pouls devint presque imperceptible ; il y eut du délire et

des vomissemens pénibles qui furent soulagés par un opiat. Le troisième jour, les symptômes augmentèrent d'intensité; mais ils furent calmés par une saignée du bras de huit onces. On pouvait à peine sentir le pouls le quatrième jour, et les autres symptômes étaient les mêmes que les jours précédens. Le cinquième, il y eut du mieux; mais le sixième jour, la malade éprouva un léger délire, ainsi qu'une grande difficulté de respirer; le pouls était fréquent. On fit une saignée de huit onces : le pouls devint plus plein après la saignée. Dès ce moment, la santé générale commença à s'améliorer; les incisions se guérirent; et en peu de temps, la malade put marcher sans difficulté. Deux ans après, elle fit neuf milles pour aller rendre visite à son chirurgien, et elle n'éprouvait plus aucune incommodité de son ancienne affection (1).

(1) Dans ce cas, l'oblitération de la veine fut due à l'application de la ligature qu'on enleva immédiatement après. Quand une veine est embrassée par une ligature mince, la surface interne du vaisseau est lacérée, l'inflammation survient; et si les parois opposées du tube sont maintenues en contact par la compression, leur adhérence s'obtient d'une manière très-prompte.

Comme la division des veines dans les amputations et dans d'autres blessures est rarement suivie de ces symptômes violens qui sont quelquefois la conséquence de la ligature d'une veine dilatée, on a proposé pour la guérison des varices un autre moyen. Ce serait d'oblitérer une portion du vaisseau en le divisant en travers, et de supprimer ensuite l'hémorragie par l'application des compresses et des bandages. On a fait l'essai de cette pratique ; mais dans les cas qui suivent, elle n'a pas eu d'heureux résultats.

OBSERVATION LIV.

Un homme de moyen âge était depuis longtemps incommodé d'un état variqueux des veines de la jambe gauche, et d'un ulcère indolent qui avait son siége près de l'articulation du pied du même côté. Le 26 juin 1809, on découvrit la grande veine saphène, en divisant la peau qui recouvre ce vaisseau, à l'endroit où il passe sur le condyle interne du fémur. La veine fut ensuite incisée avec le bistouri. L'écoulement du sang, qui survint immédiatement après la division de la veine, fut aisément arrêté par la compression. Les bords de la plaie furent maintenus en contact

au moyen de bandelettes agglutinatives sur lesquelles on fixa une compresse avec une bande ordinaire. Le malade éprouva peu de douleur pendant l'opération, mais ensuite il se plaignit de faiblesse. Dans la soirée et le lendemain, il alla bien et n'eut aucune douleur. On lui administra un purgatif qui produisit deux ou trois évacuations alvines. Sur les trois heures du matin du second jour après l'opération, il eut du frisson et un peu de délire. A midi, le pouls était faible et fréquent, la langue légèrement chargée; il se plaignait de céphalalgie et d'un malaise général; il avait de l'inquiétude; ses forces étaient abattues, et il paraissait éprouver une grande anxiété. D'après son rapport, le membre n'était pas douloureux; il n'était ni rouge ni distendu, et la pression n'y produisait aucune douleur. Les bandages et emplâtres furent enlevés; la plaie ne s'était pas réunie, mais elle semblait bien aller. On appliqua un cataplasme sur l'ulcère, et le malade prit une potion composée avec la mixture camphrée, le vin antimonial et l'opium. Dans la soirée, il fut un peu plus fort; on lui administra trente-cinq gouttes de teinture d'opium. Le troisième jour au matin, il était mal à son aise, et il vomit quelques alimens

qu'il avait pris à son déjeûner. A midi, le pouls était fréquent et faible, la langue couverte d'un enduit brunâtre; il se plaignait de mal de tête et d'un grand abattement. La cuisse était un peu rouge, mais elle présentait très-peu de sensibilité et de douleur. Dans la soirée, la rougeur, la douleur et la sensibilité du membre avaient augmenté et s'étendaient supérieurement dans le trajet de la grande veine saphène. La faiblesse et la fréquence du pouls continuaient. On tira huit onces de sang de la cuisse au moyen des ventouses scarifiées et l'on répéta l'opiat. Pendant la nuit, le malade baissa de plus en plus, et il mourut le quatrième jour sur les trois heures du matin.

A l'ouverture du cadavre, on trouva les glandes inguinales un peu tuméfiées. Les petites veines du tissu adipeux à la partie interne de la cuisse étaient gorgées de sang. La plaie externe contenait une petite quantité de matière purulente, les bouts de la grande veine saphène, qui avait été divisée dans l'opération, étaient réunis par une lymphe coagulable; une portion de la veine, au-dessous de la plaie, se trouvait un peu contractée dans son diamètre; mais sous tous les autres rapports, elle avait son apparence

naturelle. On enleva la totalité de la veine au-dessus de la plaie, jusqu'à sa jonction avec la veine fémorale. Sa membrane interne était plus rouge et plus vasculaire qu'à l'ordinaire; il n'y avait aucun épanchement de lymphe coagulable ou de pus dans sa cavité, qui ne présentait d'ailleurs aucune altération morbide. Tous les viscères de l'abdomen étaient sains. Une portion de la veine cave qu'on enleva avait l'apparence naturelle.

OBSERVATION LV.

Un petit ulcère avait son siége près de la partie externe de l'articulation du pied de la jambe gauche, chez un homme de trente-deux ans. Les veines de la jambe étaient depuis plusieurs années dans un état variqueux, et peu de temps avant son admission à l'hôpital, une des branches dilatées de la petite veine saphène se rompit à la partie externe du pied et donna lieu à une hémorragie considérable. Le 27 décembre, la grande veine saphène fut divisée un peu au-dessus du genou. La plaie se réunit au bout de quatorze jours, et l'ulcère qui était près de l'articulation du pied ne tarda pas non plus à se cicatriser. On remarqua pendant l'opération que

la veine divisée était si petite qu'on pouvait réellement douter si c'était la grande veine saphène ou simplement une de ses branches collatérales. A la fin du mois qui suivit l'opération, la dilatation variqueuse des veines de la jambe n'était que légèrement diminuée, quoiqu'on eût exercé sur le membre une compression constante. On remarqua alors qu'une veine variqueuse considérable s'étendait en travers du jarret, depuis la grande veine saphène jusqu'à la petite veine saphène. Comme cette branche de communication semblait rendre inutile la première opération, on se détermina à la diviser aussi. Dans cette vue, on fit une incision aux tégumens qui recouvraient cette veine, près de l'endroit où elle s'ouvrait dans la petite saphène. La veine fut ensuite divisée ; on plaça sur la plaie une compresse qui fut assujettie au moyen d'une bande ordinaire. Le lendemain au soir, le malade se plaignit d'un mal de tête ; mais la plaie n'était pas plus douloureuse qu'on ne devait s'y attendre. La céphalalgie ayant continué, et en outre la langue étant chargée et le ventre resserré, on administra un purgatif le troisième jour après l'opération. Ses effets furent nuls relativement au mal de tête, qui augmenta beau-

coup le quatrième jour, et qui fut suivi d'un peu de délire pendant la nuit. Le cinquième jour, le malade se plaignit pour la première fois de douleurs dans le membre, non dans l'endroit de la dernière plaie, mais dans celui de la première, qui était cicatrisée depuis quelque temps. La douleur s'étendit supérieurement dans la cuisse. Le sixième jour, elle était très-augmentée; la peau était brûlante, le pouls plus fréquent, et le délire continuait encore. Le lendemain, la plaie allait bien; dans la soirée, la cuisse se tuméfia beaucoup; la douleur dans le trajet de la grande veine saphène était si forte, qu'on pouvait à peine toucher cette partie, et que le malade souffrit cruellement lorsqu'on le plaça de manière à recevoir une affusion d'eau froide qu'on avait ordonnée dans le cas où la chaleur de la peau continuerait. L'affusion parut diminuer le mal de tête pendant un temps, et il y eut un soulagement général; mais avant onze heures du soir, la céphalalgie revint avec une violence extraordinaire et fut accompagnée d'un délire constant. La figure étant rouge et le pouls très-plein, on tira quatorze onces de sang de l'artère temporale. On enleva la bande qui entourait la cuisse, et on fit à cette partie

une lotion avec l'extrait de saturne. Le jour suivant, la plaie fut recouverte d'un large cataplasme. Une transpiration très-abondante eut lieu ; le délire augmenta et continua jusqu'à la mort. On ne put obtenir la permission d'examiner le cadavre.

Sir Everard Home a observé que, dans certains cas, on voit une veine plus petite marcher parallèlement avec la veine saphène. Cette veine, après la ligature de la saphène, se dilate et entretient la maladie (1). Dans une des observations rapportées (2) par sir Everard Home, les veines de la jambe augmentèrent de volume quelque temps après l'opération. Quinze mois après la ligature de la saphène, une autre veine, dans l'endroit où l'ulcère avait eu anciennement son siége, s'ouvrit et donna lieu à une hémorragie abondante. A l'endroit où la ligature avait été appliquée, on découvrit deux veines très-larges qui furent comprises dans une seule ligature.

Dans un cas dont j'ai donné l'histoire précédemment (3), les veines qui entourent l'ar-

(1) *Practical Observations on Ulcers of the legs*, etc., p. 299, seconde édition.

(2) *Ibid.*, *case* II, p. 308.

(3) Observation LI.

ticulation du pied devinrent variqueuses après l'oblitération de la grande veine saphène, et la circulation parut se continuer en partie par une veine dilatée qui marchait parallèlement avec la saphène, et en partie par des branches d'anastomoses qui s'ouvraient dans la petite saphène. Dans les observations suivantes, des varices aux jambes augmentèrent de volume quelque temps après la ligature de la grande veine saphène : la circulation se continua de la même manière que dans celles dont je viens de parler.

OBSERVATION LVI.

Une femme âgée de quarante ans était affligée depuis vingt ans de veines variqueuses aux deux jambes. Il y a environ neuf ans qu'elle entra dans un hôpital pour se faire traiter d'un ulcère qui avait son siége un peu au-dessus de l'articulation du pied avec la jambe gauche. Comme les veines étaient très-tuméfiées, on lia à-la-fois la grande veine saphène aux deux membres. La malade m'a raconté que les fils qui avaient servi à lier les vaisseaux restèrent plusieurs jours dans la plaie et se détachèrent d'eux-mêmes. L'ulcère se guérit, et les veines de la jambe parurent

rester dans le même état tant que la malade demeura à l'hôpital et qu'elle fut tranquille; mais quelque temps après qu'elle eut repris ses occupations de domestique, l'ulcère se rouvrit, et les veines redevinrent aussi volumineuses et aussi incommodes qu'avant les opérations. Six ans après, une varice proéminente ayant son siége un peu au-dessus de l'ulcère, se rompit et occasionna une hémorragie abondante : elle fut arrêtée par l'application de compresses et d'un bandage; on fit garder le lit à la malade pendant plusieurs semaines, et au bout de ce temps, l'ulcère fut cicatrisé. Près de trois années se sont maintenant écoulées depuis que j'ai vu cette malade pour la première fois, peu de temps après la rupture de sa varice. Elle a continué l'usage de ses bandes, et l'ulcère est guéri; mais les veines des deux jambes sont variqueuses d'une manière remarquable, et dans quelques endroits, elles forment même des tumeurs proéminentes. Il existe aux deux membres une large veine dans le trajet de la grande saphène, et cette veine est évidemment le canal principal par lequel le sang est transmis depuis les veines variqueuses de la jambe. Cette veine collatérale est particulièrement dilatée au-dessous des

cicatrices qui indiquent les endroits où l'on a fait la ligature de la grande veine saphène.

OBSERVATION LVII.

En 1807, la grande veine saphène fut liée chez un homme de moyen âge, pour des varices des veines de la jambe qui causaient beaucoup de douleur et d'incommodités. On appliqua une seule ligature qui fut laissée plusieurs jours sur le vaisseau. Le malade se rétablit sans aucun symptôme fâcheux. Les veines qui entourent l'articulation du pied diminuèrent après l'opération, et cet homme se trouvant soulagé, retourna à ses occupations habituelles, qui exigeaient qu'il se tînt constamment sur ses jambes. Cinq ans après, lorsque je le vis, il avait été obligé de réclamer de nouveau les secours de l'art, attendu que les veines de sa jambe étaient aussi volumineuses et aussi incommodes qu'avant l'opération. On observa une grosse veine dans le trajet de la grande saphène, et cette veine passait au-dessous de la cicatrice qui existait à l'endroit où la saphène avait été liée précédemment.

D'après les observations qu'on vient de lire, il est évident, 1° que la ligature ou la

division des veines variqueuses produit quelquefois des symptômes alarmans et même funestes; 2° que l'état morbide des branches augmente, dans certains cas, après l'oblitération d'une partie d'un tronc veineux variqueux.

Un autre mode de prévenir l'augmentation des varices, en soulageant les veines inférieures de la pression de la colonne de sang dans la portion supérieure du vaisseau dilaté, consiste à maintenir le membre dans une position horizontale et à employer conjointement la compression. Tous les chirurgiens connaissent les heureux résultats obtenus en tenant le malade au lit et en lui appliquant une bande autour de son membre, pour la guérison des ulcères variqueux des jambes. Jusqu'à la cicatrisation de l'ulcère, une bande commune est ce qu'il y a de plus convenable; mais ensuite on préfère, en général, un bas lacé, parce que le malade peut lui-même l'appliquer avec plus de facilité et de soin. En Angleterre, le bas lacé se fait ordinairement avec du linge : les chirurgiens français (1) ont recommandé particulièrement celui qui est fait avec de la peau; mais la manière

---

(1) Dionis, Petit, M. Boyer.

la plus convenable de comprimer le membre lorsqu'on veut empêcher l'accroissement des varices, consiste à l'entourer avec un bandage formé par des bandelettes de linge sur lesquelles on étend un emplâtre agglutinatif, qui est en même temps un bon topique pour les ulcères variqueux. Il est probable, toutes les fois que la dilatation est bornée à une petite portion de la veine, qu'on pourrait obtenir une guérison radicale en suspendant la circulation dans le vaisseau; cet effet serait obtenu au moyen d'une forte compresse et d'emplâtres agglutinatifs. On a beaucoup vanté l'application des solutions astringentes sur les veines variqueuses, et dans quelques cas, on a employé avantageusement la glace pilée renfermée dans des vessies ou l'eau dans laquelle on avait fait fondre de la glace. La vésication de la peau qui recouvre les veines variqueuses a paru aussi favoriser le resserrement des vaisseaux dilatés.

Les varices des veines du scrotum et des testicules exigent rarement d'autres secours de l'art, que l'usage constant d'un suspensoire qui s'oppose, en général, aux progrès de la maladie. On a vu cependant des cirsocèles où la douleur et la gêne étaient si grandes que les malades ont préféré se soumettre à la

castration (1), tandis que d'autres fois on s'est contenté seulement d'extirper les veines variqueuses (2). Sir Everard Home a rapporté une observation où il a divisé les tégumens et fait la ligature d'une large veine variqueuse venant du testicule : il survint des symptômes de fièvre; mais qand la plaie fut guérie, le testicule et ses vaisseaux avaient perdu la moitié du volume qu'ils avaient acquis avant l'opération. Neuf mois ensuite, on fit la ligature d'une autre veine du même testicule, et au bout de quelques jours, le testicule était diminué de beaucoup (3).

On donne le nom d'*hémorroïdes* à diverses sortes de tumeurs que l'on rencontre à la partie inférieure du rectum et à la marge de l'anus. Quelquefois ces tumeurs consistent en une dilatation des branches des veines

(1) *Voyez* GOCCH's *Surgery*, vol. II, p. 244.

(2) *Voyez* CHARLES BELL, *Operative Surgery*, vol. I, p. 354.

(3) *Practical Observations on Ulcers of the legs*, etc., page 353. Une dilatation variqueuse des veines spermatiques peut être prise très-souvent pour une hernie épiploïque. M. Astley Cooper donne le précepte suivant pour distinguer l'une de l'autre ces deux affections : placez le malade dans une position horizontale et videz la tumeur par la pression sur le scrotum : appuyez ensuite

hémorroïdales. Les vaisseaux dilatés peuvent s'ouvrir parfois, et dans quelques cas, l'hémorragie est si considérable qu'elle nécessite l'emploi des lotions froides et astringentes, et des compresses. Il est des individus chez lesquels ces évacuations sanguines se font à de certaines périodes, et alors on les regarde comme salutaires, attendu que leur suppression paraît être nuisible à la santé générale du malade. Dans ces cas, si l'on n'en peut amener le retour par l'usage des fomentations tièdes, on obtiendra du soulagement en piquant avec une lancette les vaisseaux variqueux, ou en leur appliquant des sangsues. Le sang se coagule quelquefois dans la veine dilatée, et la tumeur devient dure, enflammée et très-douloureuse. Le coagulum est ensuite absorbé; mais les membranes épaissies de la veine et les parties environnantes forment une tumeur qui

---

fortement les doigts sur la partie supérieure de l'anneau abdominal, et engagez le malade à se lever : si la tumeur est une hernie, elle ne pourra pas reparaître tant qu'on continuera la pression sur l'anneau; mais si c'est un cirsocèle, la tumeur non-seulement reviendra, mais son volume sera encore augmenté par l'obstacle qu'apportera la compression au retour du sang dans l'abdomen. (*Voy.* COOPER, *on Inguinal hernia.*)

peut s'enflammer et occasionner une vive douleur. Il est donc, dans quelques cas, nécessaire de l'extirper par une opération chirurgicale; mais alors son traitement rentre dans celui des excroissances hémorroïdales provenant d'autres causes, et on ne peut le regarder comme faisant partie du sujet qui nous occupe.

APPENDIX.

Description des Vers qui se trouvent dans les artères de quelques animaux.

Tous ceux qui ont disséqué des chevaux et des ânes savent très-bien qu'on rencontre fréquemment des vers dans les artères mésentériques de ces animaux, et que les vaisseaux qui les contiennent sont dans un état morbide très-remarquable. Voulant examiner cette maladie, je me suis procuré les moyens de disséquer des ânes, parce qu'on m'avait dit qu'elle était plus fréquente chez ces animaux que chez les chevaux. Voici le résultat de mes recherches.

Le siége le plus commun du mal se trouve dans l'artère mésentérique supérieure ; je l'ai rencontré une fois dans l'artère cœliaque. L'aorte, à l'origine des artères cœliaque et mésentérique, était très-dilatée. L'artère mésentérique supérieure, immédiatement après son origine de l'aorte, est graduellement dilatée en une sorte de sac, dont le diamètre transversal varie depuis un demi-pouce jusqu'à un pouce trois quarts. Dans quelques cas, l'affection n'occupe que l'étendue d'un

pouce du vaisseau, et cet espace, par sa dilatation, forme une tumeur dure et ronde. Quelquefois la totalité de l'artère et de ses branches principales est malade, et elles se rendent toutes ensemble dans le mésentère en formant des cordons épais. La tumeur ne consiste que dans les trois membranes de l'artère, qui sont épaissies et dilatées d'une manière fort extraordinaire. Dans certains cas, les parois dilatées du vaisseau sont molles et pulpeuses; dans d'autres, elles sont dures et d'un tissu dense et tendineux : une seule fois, j'ai rencontré un dépôt de matière calcaire dans la membrane interne. La tunique externe n'est pas, en général, plus adhérente aux parties voisines que dans l'état naturel. La surface interne est, dans quelques endroits, unie et polie; dans d'autres places, elle est irrégulière et rugueuse par suite de l'adhérence de flocons de lymphe ou de coagulum (1). Chez quelques animaux, la lymphe tapisse simplement une partie de la cavité; chez d'autres, elle est déposée en masses irrégulières, et dans trois cas que j'ai examinés, elle était accumulée en si grande quantité, qu'elle oblitérait complètement la cavité de l'artère mésentérique supérieure. Dans l'un des trois, une quantité considérable de pus était mêlée avec la lymphe, qui, en général, est irrégulièrement lamelleuse, et d'une couleur plus claire que le coagulum qu'on rencontre ordinairement dans les sacs anévrismaux. Un grand nombre de petits vers ronds sont répandus dans

(1) *Voyez* planche VIII, fig. 2.

cette lymphe. Quelquefois on en trouve dans la cavité qui n'ont aucun rapport avec la lymphe ou les membranes artérielles ; mais quand le vaisseau est perméable, leurs têtes généralement font saillie dans sa cavité, et ils sont d'un rouge faible. J'ai trouvé plus de trente de ces vers dans un seul animal ; d'autres fois, je n'en ai rencontré que trois ou quatre ; leur nombre est ordinairement proportionné à la quantité de lymphe contenue dans le vaisseau. Dans l'intention d'éclaircir ce sujet, j'ai examiné les cadavres de neuf ânes ; chez sept de ces animaux j'ai trouvé, dans l'artère mésentérique supérieure, des vers et la maladie que j'ai décrite ; chez un autre, les parois de l'artère étaient dilatées et épaissies ; mais je ne pus y découvrir ni lymphe ni vers : dans un seul cas, l'artère mésentérique supérieure se trouva saine. Les animaux étaient d'âge différent : les plus jeunes de ceux qui présentaient des vers avaient deux ans ; le mésentère de celui chez lequel il existait le plus grand nombre de vers était rempli d'une quantité remarquable de graisse ; chez celui-là, la cavité de l'artère était oblitérée : l'animal paraissait avoir joui d'une santé parfaite avant l'accident qui l'avait fait périr.

Les vers que j'ai examinés varient en longueur, depuis un demi-pouce jusqu'à un pouce un quart. Immédiatement après la mort de l'animal qui les renfermait, ils sont demi-transparens ; mais l'exposition à l'air ou l'immersion dans l'eau ou dans de l'esprit-de-vin affaibli les rend bientôt d'une cou-

leur blanche opaque. Leur tête est obtuse et leur queue effilée. Une ligne blanche offrant des circonvolutions, et que je crois être le tube intestinal, commence à la tête et se termine un peu au-dessus de l'extrémité de la queue (1). Examiné au microscope, le ver présente plusieurs lignes longitudinales qui passent sous lui, et il est entrecoupé par de nombreux anneaux transverses. Je n'ai pu faire aucune observation satisfaisante relativement à ses organes sexuels. J'ai seulement remarqué une fois un mouvement léger dans un de ces vers; quoique je les aie toujours examinés quelques minutes seulement après la mort de l'animal qui les renfermait, je les ai trouvés constamment sans vie, si ce n'est dans le cas unique dont je viens de faire mention.

L'existence de ces vers a été signalée par plusieurs auteurs; mais je ne sache pas que la maladie des membranes de l'artère ait été décrite exactement jusqu'ici. Ruysch dit qu'il a trouvé un amas de vers dans l'aorte d'un cheval (2). Schulz a rencontré un anévrisme dans l'artère qui marche le long du colon, chez une cavale. En examinant la partie interne de la tumeur, qui était formée par les parois

---

(1) *Voyez* planche VIII, fig. 3. Mon ami le docteur Leach, zoologiste au Muséum britannique, m'a fait le plaisir d'examiner quelques-uns de ces vers : ses observations sont précisément les mêmes que les miennes.

(2) *Opera omnia anatomico-chirurgica*, tom. I, *obs.* 64 *et decad.* III, *art.* 6. *Amstel.*, 1721. Ruysch a donné une représentation de ces vers dans la planche de la p. 61.

artérielles, trois fois plus épaisses que dans l'état ordinaire, il observa que leur substance était presque cellulaire, et que les cellules étaient remplies de vers entortillés les uns avec les autres (1). Sabatier (2) rapporte les observations de Ruysch, de Schulz, et de Morgagni. Ce dernier a trouvé l'aorte d'un chien parsemée de tubercules qui contenaient des vers (3). Rudolphi a remarqué fréquemment des vers dans les artères mésentériques des chevaux. Il les décrit comme une variété du *strongylus armatus*, sous la dénomination de *strongylus armatus minor, aneurismaticus*. Il dit que le *strongylus armatus major* se voit plus souvent dans les gros intestins des chevaux et des mulets que toute autre espèce de vers, et que le *strongylus armatus minor* ne diffère de celui-ci que par le volume (4). On a supposé que les

---

(1) *Acta nat. Curios.*, vol. I, obs. 219, pag. 519. — *Voyez* SCARPA, *Treatise on Aneurism*, *Wishart's translation*, p. 84.

(2) Médecine opératoire, t. I, p. 355, 2e édit.

(3) *Epist. Anat.* 9, n°s 44, 45.

(4) *Entozoorum, sive vermium intestinalium Hist. naturalis*, vol. I, p. 437, et vol. II, p. 204. Voici la description que donne Rudolphi de cette espèce de *strongylus* : « *Capite globoso truncato ; ore aculeis rectis densis armato ; bursa maris triloba, cauda feminæ obtusiuscula.* » Chez le premier ver que j'ai examiné dans l'artère mésentérique de l'âne, j'ai vu, au microscope, plusieurs crochets partant de la tête et très-apparens, et la gravure qui le représente a été faite avant que j'eusse connaissance de l'ouvrage de Rudolphi. Mais dans mes examens subséquens, je n'ai jamais découvert ces crochets. Quoiqu'on ne puisse guère douter que ces vers n'appartiennent au genre *strongylus*, tel qu'il est décrit par Rudolphi, néanmoins cette circonstance me rend incertain pour affirmer

vers se forment originellement dans des tubercules ou sacs attachés à la surface externe de l'artère, et que les tuniques de cette dernière étant détruites par suite de la pression du sac, une ouverture de communication s'établit entre les deux cavités, d'où il résulte un chemin facile aux vers pour se rendre dans l'artère (1). La nature de la maladie, dans les membranes du vaisseau, réfute néanmoins cette opinion, car dans tous les cas que j'ai examinés, elle consistait invariablement dans une dilatation non interrompue et dans un épaississement des trois membranes artérielles. En outre, je n'ai jamais remarqué de tubercules dans le voisinage de l'artère, ni aucune autre apparence dans les parties environnantes qui puisse autoriser une pareille supposition. On a cru aussi que ces vers étaient formés dans les intestins, et qu'après avoir percé les parois de ces canaux et traversé le mésentère, ils étaient enfin arrivés à l'artère. S'il en était ainsi, on devrait s'attendre à en rencontrer quelques-uns dans d'autres parties du mésentère. Malgré toute l'attention possible, je n'ai jamais observé de ces vers que dans l'artère, qui

---

qu'ils sont toujours de l'espèce nommée *strongylus armatus,* attendu que les crochets qui environnent la bouche forment le caractère distinctif de cette dernière. Mon ami M. Barnes d'Exeter m'a envoyé récemment une préparation d'anatomie pathologique présentant ce genre d'affection; cette lésion organique provenait de l'artère mésentérique d'un cheval; l'état du vaisseau et l'apparence des vers examinés au microscope coïncident, à tous égards, avec ce que j'ai observé chez les ânes.

(1) Rudolphi, *loco citato.*

d'ailleurs, n'offrait aucune trace qui pût faire découvrir leur passage à travers ses membranes. Cette idée ne s'accorde pas non plus avec leur fréquence dans l'artère mésentérique supérieure des animaux, tandis que les autres branches de l'aorte abdominale, ainsi que les veines contiguës, en sont totalement exemptes. Il paraît probable que les vers sont la cause de la maladie des tissus de l'artère, et que leur formation n'est pas une conséquence de la dilatation du vaisseau ou du dépôt de la lymphe qu'il renferme : en effet, on n'a jamais rencontré de vers dans les sacs anévrismaux contenant du coagulum, et cependant chaque jour l'occasion se présente d'examiner chez l'homme ce genre de maladies.

De nos jours, on regarde, en général, comme fabuleux tout ce qui a été dit sur les vers qu'on prétend avoir été trouvés dans les vaisseaux sanguins du corps humain (1); et les apparences qui en ont été dé-

(1) Ploucquet renvoie à de nombreuses observations dans lesquelles il est dit que des vers ont été rencontrés dans le cœur et dans les veines. M. Peysson de Montpellier a remarqué cinq ou six vers vivans dans le ventricule droit du cœur d'un chien, qui depuis quelque temps se portait mal et était attaqué de convulsions fréquentes. Ces vers avaient huit ou dix pouces de longueur ; leur forme était cylindrique et leurs deux extrémités se terminaient en pointe. Ils remuèrent pendant quelques instans après qu'on les eut placés sur une table. Les parois du ventricule droit étaient saines ; seulement les piliers charnus paraissaient plus prononcés qu'à l'ordinaire. L'on ne trouva aucun ver dans les autres cavités du cœur, ni dans les grands vaisseaux sanguins. (*Journal de Médecine*, par MM. Corvisart, Leroux et Boyer, tome XI, p. 441.)

crites sont rapportées maintenant aux diverses formes que peut prendre, dans certains cas, la fibrine déposée par le sang. Cependant il ne serait pas surprenant que des vers pussent exister dans les vaisseaux sanguins, puisqu'on en trouve dans les cavités qui contiennent de la bile, de l'urine ou des mucosités; néanmoins leur admission dans les premiers ne s'expliquerait pas aussi facilement que leur introduction dans des organes qui communiquent avec la surface du corps. La découverte d'animaux parasites dans le fœtus (1) prouve pourtant que leur introduction avec les alimens ou leur admission par quelque voie commune du corps ne sont pas absolument nécessaires à leur existence, et il est difficile de concevoir de quelle manière les vers dont je viens de donner la description, ou les germes qui les ont produits, ont pu être admis dans les artères (2).

---

(1) Rudolphi fait mention d'un nombre considérable de cas semblables. (Voyez *Entozoorum historia*, vol. 1, p. 387.)

(2) Je ne possède aucune observation qui me soit propre sur l'existence des vers dans les vaisseaux sanguins; mais je dois à l'amitié de MM. Girard, directeur et professeurs de l'Ecole royale vétérinaire d'Alfort, les notes suivantes, qui ne sont pas sans intérêt.

On rencontre assez souvent dans les gros troncs artériels du cheval, et quelquefois aussi dans ceux du chien, une espèce de *ver intestin*, que Chabert a désignée dans son Traité sur les maladies vermineuses, imprimé à Paris en 1782, sous le nom de *crinons* ou *dragonneaux*.

Ces vers, dont la grosseur est à-peu-près celle d'un crin de cheval, ne sont cependant pas toujours les mêmes, et l'on en a observé deux espèces principales : savoir, 1° la *filaire papilleuse*, dont la bouche est orbiculaire, garnie de papilles, et dont la longueur varie de cinq à neuf pouces; 2° l'*hamulaire aplatie*, dont le corps, presque

égal par-tout, n'a qu'une longueur ordinaire de trois à trente-six lignes, et porte à son extrémité antérieure deux petites tentacules filiformes rapprochées par la base.

Ce dernier ver est celui qu'on trouve le plus ordinairement dans les gros vaisseaux. L'artère mésentérique antérieure en contient plus souvent que toutes les autres artères ; on en rencontre aussi quelquefois dans l'aorte postérieure ; il est probable que l'aorte antérieure en renferme dans certaines circonstances, mais je ne l'ai jamais observé.

Le nombre de ces vers dans les gros vaisseaux est assez variable ; jamais, dans aucun cas, ils ne sont solitaires, et leur multiplicité est quelquefois telle, qu'ils forment des paquets énormes et donnent lieu à des anévrismes. Nous avons eu occasion d'observer ce fait une fois sur l'artère mésentérique d'un cheval sacrifié pour les travaux anatomiques. Cette artère avait acquis un volume assez considérable ; le diamètre de la poche anévrismale était de deux pouces et demi environ, et les parois du vaisseau, au lieu d'être épaissies comme dans la plupart des anévrismes de cette artère, étaient devenues plus minces. L'aorte ne renferme que rarement de ces vers, et ils y sont en petite quantité ; l'on en a trouvé aussi quelquefois dans la trachée-artère, dans les bronches et le canal thoracique, ainsi que dans les ganglions lymphatiques. Nous n'en avons jamais vu dans le canal thoracique, mais nous en avons fréquemment observé dans les voies aériennes et les ganglions lymphatiques qui se trouvent à la base des bronches.

C'est presque toujours, comme nous l'avons dit, au genre *hamulaire* qu'appartiennent les vers dont nous venons de parler : ceux que fournit le genre *filaire* se trouvent répandus sur la surface extérieure de presque tous les viscères, et notamment sur ceux du bas-ventre. Lorsqu'il en existe, leur nombre est ordinairement très-considérable ; l'intérieur du canal intestinal en est plus ou moins garni.

Il peut cependant ne s'en trouver qu'une très-petite quantité dans l'intestin, et dans ce cas, il n'y en a presque jamais au dehors.

C'est dans le cheval que ces vers filiformes sont et plus fréquens et plus nombreux. « Ces vers, suivant M. Laennec, se développent assez fréquemment dans l'épaisseur des parois des artères, et surtout de la mésentérique supérieure, ainsi que l'ont observé Ruisch,

Observation sur un anévrisme inguinal guéri par l'emploi de la compression, par J. A. Albers de Brémen (1).

Un marin âgé de trente-six ans se présenta, le 18 octobre 1816, à M. Prohfs pour le consulter. Ce chirurgien trouva à l'aîne droite une tumeur fortement pulsative, de la grosseur d'un œuf de poule, et la reconnut sur-le-champ pour être un anévrisme. Il conseilla au malade de s'adresser à moi. J'appris de lui que depuis plus d'un an il avait remarqué pour la première fois la tumeur, qui n'avait alors que le volume d'une noisette, et il y fit d'autant moins attention qu'elle ne l'incommodait pas. Il ne se rappelait aucune circonstance qui eût pu devenir la cause première de cette tumeur ; mais il assura qu'au mois de septembre, après un exercice

---

Schulze, et, dans ces derniers temps, Chabert et Flandrin. Ils percent ordinairement l'artère du côté de sa membrane interne, et ils deviennent ainsi la cause d'une tumeur anévrismale. » Chabert assure en avoir rencontré entre les membranes du cerveau, et avoir vu des animaux chez lesquels ces vers sortaient par les pores de la peau.

Le chien et les autres mammifères domestiques y sont peu sujets. Cependant Morgagni dit en avoir découvert dans l'estomac et les artères de ces animaux. Dans quelques moutons morts par suite de cachexie, la substance des poumons en est remplie. (*Voyez* C. A. Rudolphi, *Entozoorum, sive Vermium intestinalium Historia naturalis. Parisiis et Argentorati*, 1810, t. II, p. 207 ; t. I, p. 437. — Laennec, Dictionnaire des Sciences médicales, t. VII, art. *Crinons*. — Nouveau dictionnaire d'Histoire naturelle, art. *Crinons*, *Filaires*, *Hamulaires*. — Cuvier, le Règne animal distribué d'après son organisation, etc., tome IV, p. 30.) (*Note du traduct.*)

(1) *Medico-Chirurg. Transactions*, t. IX, p. 27. *London*, 1818.

violent à bord d'un vaisseau, elle avait, en quatre semaines, acquis son volume actuel. Le malade s'étant refusé positivement à la proposition que je lui fis de lier l'artère, il ne me resta plus qu'à essayer la compression : à cet effet, je lui appliquai un garot composé d'une pelotte fixée à une courroie, entourant le corps. A la partie inférieure et interne de la pelotte se trouvait aussi une courroie qui ceignait la cuisse et qui se fixait au moyen d'une boucle. La pelotte elle-même était composée de deux morceaux de fer; le supérieur avait la forme ordinaire et était recouvert de cuir; l'inférieur était arrondi et garni en-dessous avec de la toile, et par-dessus avec de la peau; une vis l'unissait au morceau supérieur : de cette manière, on pouvait à volonté augmenter ou diminuer la pression.

L'action permanente de cet instrument prolongée pendant deux mois fit éprouver au malade une douleur si violente dans l'endroit de l'anévrisme, et il en résulta un tel œdême de la cuisse et de la jambe, qu'il se vit forcé de discontinuer le traitement. Néanmoins la violence de la douleur continua de manière à l'obliger de se mettre au lit.

Pendant cette période, la tumeur augmenta considérablement; elle était rouge et enflammée; sa grosseur égalait celle d'un œuf d'oie; les pulsations en étaient alors très-violentes. Toute la cuisse était excessivement douloureuse, et le malade y ressentait un froid très-pénible. On prescrivit des frictions répétées, avec de la flanelle.

Au bout d'une semaine de repos, la douleur diminua ainsi que la pulsation de la tumeur. On réappliqua le garot, qui ne parut pas alors occasionner beaucoup de gêne. Le malade continua à garder le lit. Le volume de l'anévrisme allant en décroissant, le gonflement douloureux de la cuisse devint de moins en moins sensible, en sorte que le malade fut en état de se lever avec le secours d'un bâton. L'amélioration eut lieu sans interruption jusqu'au mois de juin 1817, qu'il devint impossible de découvrir des pulsations dans la région inguinale. Le gonflement douloureux de la cuisse avait aussi disparu en entier. On cessa dès-lors l'usage du garot.

A la fin du mois de septembre, l'absence de la moindre pulsation à l'aîne me fit penser que l'artère fémorale devait être oblitérée. La cuisse ne présentait plus qu'un léger œdême, et le malade, après avoir beaucoup marché, n'accusait qu'un peu de fatigue dans la jambe de ce côté. A tous autres égards, il se trouvait si bien qu'il se proposait avant peu de reprendre les exercices de son état.

Je ne rapporte pas cette observation pour déprécier l'emploi de la ligature dans les cas d'anévrismes inguinaux. Cette dernière opération a eu un succès si décisif entre les mains des chirurgiens anglais et américains, que la compression ne peut entrer un moment en balance avec elle, ainsi que l'ont démontré victorieusement MM. Travers et Hodgson. Toutefois quelques cas heureux d'anévrismes inguinaux et fémoraux guéris par la compression prouvent

qu'on ne doit pas totalement rejeter ce moyen, surtout lorsqu'il se rencontre des malades qui ne veulent pas se soumettre à l'opération.

Dans le cas qui nous occupe, la compression a-t-elle effectué la guérison, ou doit-on la considérer comme spontanée? Ici, comme dans les exemples rapportés par M. Crampton (1), une augmentation de volume a eu lieu par suite de l'inflammation survenue dans les membranes de l'anévrisme, avant que la tumeur eût commencé à diminuer.

Un marchand de cette ville, mort il y a quelque temps, avait un anévrisme de l'artère brachiale pour lequel il ne voulut pas se soumettre à la ligature, et dont je ne pus obtenir la guérison, quoique j'eusse, pendant six ans consécutifs, employé la compression. L'anévrisme n'augmenta pas de volume pendant son application. Ce malade, qui avait long-temps souffert d'une angine de poitrine, mourut subitement en dînant, sans avoir éprouvé préalablement la plus légère attaque de suffocation.

(*Addition du traducteur.*)

Observation sur un anévrisme au bras, guéri par la ligature de l'artère sous-clavière, par le docteur Post, de New-York (2).

Un monsieur âgé de vingt-sept ans vint me consulter le 7 septembre 1817, pour un anévrisme qu'il

---

(1) *Medico-Chirurg. Transact.*, vol. VII, part. II, p. 241.
(2) *Ibidem*, t. IX, p. 185.

avait au bras gauche. Il était en outre affecté depuis trois ou quatre ans d'une maladie vénérienne compliquée, qui s'aggravait par l'influence des médicamens employés pour sa guérison, et il lui restait encore trois ulcères de fort mauvaise nature sur l'avant-bras gauche.

La tumeur avait son siége à la partie supérieure et interne du bras, et on ne s'en était aperçu que depuis trois semaines. A cette époque, d'après le récit du malade, elle avait le volume d'un œuf de poule; elle offrait des pulsations et produisait une douleur obtuse le long de la partie inférieure du membre.

Quinze jours après, le malade ayant soulevé avec effort un ballot de marchandises, ressentit dans la partie affectée une douleur violente qui dura environ une heure, et qui ensuite diminua graduellement. Dès cet instant, l'accroissement de la tumeur fut très-rapide.

Le 6 septembre, le malade ayant ressenti de nouveau une douleur excessive dans la tumeur et dans le membre, se décida à réclamer les conseils du docteur Gilbert de New-Haven, où il demeurait.

La tumeur à cette époque était plus grosse qu'un œuf d'oie, et sa base s'étendait dans l'aisselle. Il existait aussi deux ou trois taches brunâtres à sa surface, près du sommet, et les tégumens de la partie la plus proéminente paraissaient très-minces.

La nature et les progrès du mal ayant été reconnus, le docteur Gilbert conseilla au malade de se rendre immédiatement à New-York, pour recevoir

de moi les secours appropriés à son état ; et comme tout faisait craindre la rupture très-prochaine de la tumeur, le docteur Gilbert, après l'avoir fortifiée par un emplâtre agglutinatif, accompagna le malade.

Lorsque ce dernier se présenta devant moi, le 7 septembre, la tumeur était extrêmement tendue et ses pulsations étaient très-fortes, particulièrement au sommet.

La gravité du cas me fit appeler, le lendemain matin, en consultation, les docteurs Kissam, Borrowe et Mott. Nous apprîmes à cette visite que notre malade avait éprouvé pendant la nuit une douleur extrême dans la tumeur et dans la totalité du bras, douleur qui persistait encore avec très-peu d'adoucissement, malgré l'administration d'environ quatre grains d'opium. La tumeur était considérablement augmentée depuis vingt-quatre heures ; mais les pulsations y étaient devenues en même temps si obscures, qu'on avait besoin de l'examen le plus attentif pour les apercevoir. La partie inférieure du membre s'était aussi considérablement tuméfiée. La nature et les progrès du mal rendaient nécessaire l'adoption de mesures très-promptes, et la ligature de l'artère au-dessus de la tumeur fut jugée indispensable : on se décida donc à la pratiquer à une heure après midi.

La situation élevée de la tumeur du bras et l'extension de sa base jusque dans l'aisselle s'opposant à ce que l'opération fût pratiquée dans cet endroit, on se détermina à lier l'artère au-dessus de la clavicule.

En conséquence, une incision à la peau commen-

çant au bord externe du tendon du muscle sterno-mastoïdien, fut prolongée dans une longueur de trois pouces et dans une direction un peu déviée d'une ligne parallèle avec la clavicule. Il en résulta la division de la veine jugulaire externe, dont l'hémorragie exigea une ligature, et en poursuivant l'opération, il devint également nécessaire de lier trois ou quatre branches artérielles qui avaient été intéressées. L'artère sous-clavière fut alors trouvée immédiatement sur le côté externe des muscles scalènes, et on la découvrit avec facilité. Trois branches nerveuses considérables, en contact avec l'artère, passaient sur elle dans cet endroit : ces branches s'étendaient inférieurement jusqu'à la poitrine. On les sépara, et la ligature fut passée très-aisément sous l'artère au moyen de l'instrument si ingénieusement adapté à cette opération, et imaginé par les docteurs Parrish, Hartshorne et Hewson de Philadelphie. La ligature de l'artère fit cesser toute pulsation dans le membre ; les bords de la plaie furent rapprochés, assujettis par des points de suture et des bandelettes agglutinatives ; enfin de légers plumasseaux de charpie complétèrent l'appareil.

Le malade se plaignant d'une vive douleur dans tout le trajet du bras, on lui fit prendre quatre-vingts gouttes de teinture d'opium, et on le mit au lit. Au bout d'une heure la douleur était encore violente ; on lui en donna de nouveau quarante gouttes, qui furent suivies, une heure après, d'une dose égale.

Cinq heures du soir. La douleur est beaucoup

moindre; aucune diminution sensible dans la tension de la tumeur. Le malade ressent de l'engourdissement dans tout le bras; le pouls présente quatre-vingt-sept pulsations; la température du membre n'est pas diminuée; au contraire, elle paraît plus élevée que dans l'autre bras, ce qui est dû probablement à la flanelle qui enveloppe le premier.

Neuf heures. Le malade se plaint très-peu de douleur; le pouls est considérablement agité; la peau est chaude et moite; le membre, à sa partie supérieure, jouit de sa sensibilité naturelle.

Minuit. Il n'éprouve nulle peine, mais la fièvre est augmentée; le pouls, très-plein, offre cent dix pulsations; la peau est moite; il y a tendance au sommeil.

9 *septembre, sept heures du matin.* La nuit a été assez bonne; le pouls est mou et présente cent pulsations; la transpiration est abondante; la tumeur devient moins tendue que le soir précédent, mais elle est considérablement enflammée; on remarque presque à son sommet deux taches livides du diamètre d'un shelling. On prescrit pour l'intérieur un sel purgatif, et pour la surface enflammée, une lotion spiritueuse affaiblie.

Meme jour, sept heures du soir. La tension de la tumeur est diminuée, ainsi que l'inflammation de sa surface; mais les taches livides persistent; le gonflement du membre, au-dessous de la tumeur, a presque disparu; le purgatif salin a procuré trois selles; une douce transpiration a eu lieu pendant toute la

journée; le pouls est mou et offre quatre-vingt-dix pulsations.

10 *septembre, sept heures du matin.* Le malade a passé une bonne nuit; le pouls a quatre-vingt-quatorze pulsations; la tumeur est plus molle; les taches livides ont une apparence plus foncée, et le sommet paraît plus proéminent; on place un coussin sous la partie malade pour lui donner un support convenable.

11 *septembre, sept heures du matin.* Le malade a dormi la plus grande partie de la nuit; la tumeur a diminué d'environ un cinquième; elle est moins enflammée; le pouls a quatre-vingt-seize pulsations; desir des alimens de la part du malade; on lui permet un peu de bouillon de poulet. Le soir, l'excitation étant plus forte, on fait discontinuer la nourriture animale.

12 *septembre, dix heures du matin.* La nuit est bonne; le pouls bat quatre-vingts fois par minute; la température de la peau paraît naturelle; on distingue une légère pulsation au poignet; la tumeur diminue toujours; mais elle paraît prête à s'ouvrir à son sommet, dont l'enveloppe ne semble pas plus épaisse que l'épiderme; il n'y a plus de traces de l'inflammation des tégumens. On prescrit l'application d'un emplâtre agglutinatif sur toute la surface de la tumeur, afin de la fortifier, et on répète le cathartique pour maintenir la liberté du ventre.

13 *septembre.* La journée se passe assez bien; mais vers le soir, une petite quantité de sang est sortie

tout-à-coup par la plaie; l'hémorragie s'est arrêtée spontanément au bout de quelques minutes.

14 *septembre.* Le malade est tranquille; il est sorti encore un peu de sang par la plaie; les ulcères de l'avant-bras marchent rapidement vers leur guérison.

15 *septembre.* L'appareil a été levé pour la première fois ce matin; quelques cataplasmes émolliens avaient été appliqués la nuit précédente. L'adhérence des bords de la plaie existe en grande partie; la tumeur a diminué de moitié.

17 *septembre.* Dans l'après-midi, l'anévrisme s'est ouvert, et il en est sorti environ trois onces d'un sang coagulé brunâtre; un petit plumasseau de charpie a été appliqué sur l'ouverture, et maintenu au moyen d'une bandelette agglutinative.

18 *septembre.* La plaie a été pansée de nouveau; la suppuration est abondante; les granulations sont de bonne nature. Depuis quelques jours, et particulièrement pendant la nuit, le malade se plaint de douleurs au poignet.

20 *septembre.* L'appareil a été enlevé de dessus la tumeur, et il est sorti du sac anévrismal environ quatre onces de sang grumeux, ce qui a fait complètement cesser la tuméfaction dans la partie; la plaie paraissant pâle et l'écoulement sans consistance et sans couleur, on fit prendre au malade une décoction de quinquina qu'on discontinua le jour suivant à cause de l'augmentation d'action générale et de plénitude du pouls. Le malade éprouva jour-

nellement, jusqu'au 24, un paroxisme fébrile, qui se termina chaque soir par une sueur abondante. Depuis cette époque, l'aspect de la plaie et les granulations sont devenus meilleurs, de même que la nature de l'écoulement.

26 *septembre* (dix-huitième jour). En pansant la plaie ce matin, on a trouvé à sa surface la ligature qui avait servi à lier l'artère sous-clavière.

30 *septembre*. La plaie est maintenant presque guérie. La tumeur a entièrement disparu; mais il existe encore aux tégumens une légère ulcération qui donne passage au sang, et par laquelle se fait un léger suintement de matière séreuse tant soit peu colorée, sans doute par une petite quantité de sang du sac qui n'est pas encore entièrement oblitéré. Les ulcères de l'avant-bras sont guéris, à l'exception d'un seul qui est très-petit. Le poignet et la main sont légèrement engourdis, et le malade y ressent de la douleur, surtout pendant la nuit. La pulsation de l'artère au poignet est distincte; mais sa force n'a pas sensiblement augmenté depuis quelque temps. L'état général du malade s'améliore; il reste levé une grande partie de la journée et se promène dans sa chambre.

11 *octobre*. La plaie est entièrement guérie; la santé générale est parfaitement bonne; la douleur de la main est actuellement bornée aux extrémités des doigts, et elle diminue journellement; la faculté de se servir du bras malade augmente chaque jour.

16 *octobre*. Le malade n'ayant plus qu'une légère

douleur dans les doigts, ainsi qu'un petit ulcère superficiel dans l'endroit où la tumeur anévrismale s'est rompue, on lui permet de retourner chez lui.

(*Addition du traducteur.*)

Observations sur une espèce de nœvus maternus, *et sur une opération de ligature de l'artère carotide chez un enfant, par James Wardrop* (1).

La structure intime des différentes tumeurs classées sous le nom générique de *nœvi materni*, n'a pas encore été décrite d'une manière satisfaisante. Les observations suivantes aideront peut-être à éclaircir ce point de doctrine. Peut-être aussi que l'histoire que je vais rapporter d'une ligature de l'artère carotide répandra quelque lumière sur le traitement de ces tumeurs.

L'anévrisme par anastomose a été très-bien décrit par M. John Bell, qui, le premier, a établi ses caractères d'une manière distincte. Il est une autre sorte de tumeur que l'on confond fréquemment avec lui, qui est entièrement bornée à la peau, et à laquelle on a coutume de donner le nom de *nœvus*. Cette forme de la maladie peut être avec raison nommée *nœvus cuticularis* pour la distinguer des autres. Mais la tumeur qui est le sujet de nos observations, et qui, presque toujours, a été confondue avec les deux autres espèces, se développe au-dessous

(1) *Medico-Chirurg. Transactions*, t. IX, p. 199.

de la peau, entre le tissu cellulaire et les muscles. Sa situation et son accroissement au-dessous des tégumens m'engagent à lui donner le nom de *nævus subcutaneus* (1).

§ I. *Histoire de la maladie.*

Le *nævus subcutaneus*, comme le *cuticularis*, est toujours congénial, et il n'est aucune partie du corps où l'on ne rencontre de semblables tumeurs : néanmoins, elles sont plus fréquentes à la face que partout ailleurs.

Les limites du *nævus subcutaneus* peuvent toujours être déterminées avec exactitude par le toucher; sa forme est ordinairement aplatie, et il est très-mobile, s'étendant d'une manière lâche sur les muscles, sans adhérence à la peau, à moins qu'il ne soit parvenu à une période avancée. Les tégumens qui servent d'enveloppe à cette espèce de tumeur conservent leur couleur naturelle jusqu'à ce qu'elle soit devenue proéminente : alors les gros vaisseaux se dessinent à travers, et donnent à la masse morbide une couleur pourpre plus ou moins foncée.

Quand le *nævus subcutaneus* est petit, il ne pos-

---

(1) Je crois à propos de faire remarquer la confusion qui s'est introduite chez les auteurs anglais et français, au sujet du terme *fungus hœmatodes*. Les Français ont donné le nom de *fungus hœmatodes* au *nœvus maternus*, ainsi qu'à l'anévrisme par anastomose; et ils considèrent ces deux tumeurs comme deux espèces de la même maladie.

sède aucune élasticité; sa sensibilité est peu apparente, et sous ces deux rapports il ressemble au spermatocèle. Son volume peut diminuer beaucoup par la compression, ou bien augmenter quand l'enfant crie ou qu'il est irrité.

Le *nævus subcutaneus* n'est pas accompagné, comme l'*anévrisme par anastomose*, d'une pulsation distincte; mais, par la compression, on peut sentir facilement une vibration universelle dans la partie affectée.

Lorsque le volume de la tumeur est considérable, les vaisseaux sanguins qui s'y terminent sont ordinairement très-développés, ce qui rend l'extirpation d'une semblable tumeur très-dangereuse.

Les progrès et la terminaison de cette maladie ne sont pas toujours les mêmes. Quelquefois la tumeur est très-petite et son volume reste stationnaire. Dans d'autres cas, ainsi que le *nœvus cuticularis*, on la voit graduellement diminuer sans aucune cause apparente. Il est enfin des circonstances où son développement est progressif et très-gradué, la maladie ne prenant un aspect sérieux que lorsque l'individu est très-avancé en âge. Dans d'autres circonstances, particulièrement lorsque la tumeur est petite, l'ulcération s'empare d'une portion plus ou moins grande de la peau, et gagne ensuite la substance de la tumeur elle-même qui tombe bientôt en suppuration. Cette surface ulcérée finit par se cicatriser; les progrès du mal semblent être arrêtés. Mais il arrive aussi que cette espèce de tumeur présente un caractère

formidable dès sa naissance; la peau, déjà distendue et décolorée, s'ulcère au bout de quelques jours, et il en résulte une hémorragie qui devient bientôt funeste.

§ II. *Examen anatomique de la maladie.*

La dissection du *nævus subcutaneus* démontre d'une manière satisfaisante l'organisation de la maladie, et donne l'explication de tous ses phénomènes.

Lorsque la tumeur est enlevée du corps vivant, son volume est beaucoup diminué par l'écoulement du sang qui la distendait; mais si ce volume était considérable, les vaisseaux qui la traversent sont si larges, qu'en injectant un fluide coloré dans l'un d'eux, la masse morbide reprend presque le même développement que lorsque le sang la remplissait.

Un enfant vint au monde avec un *nævus subcutaneus* très-considérable à la partie postérieure du cou; ce *nævus* avait son siége sur l'extrémité occipitale des muscles trapèze gauche et sterno-mastoïdien. Son volume et sa forme représentaient la moitié d'une orange ordinaire. La tumeur s'était développée assez rapidement, et lorsque je la vis, le dixième jour après la naissance de l'enfant, la peau s'était déchirée, et une hémorragie abondante en avait été la suite. Malgré l'hémorragie, aucune diminution ne s'était opérée dans le volume de la tumeur; elle était molle, compressible, et semblait plus chaude que la peau des régions voisines. Comprimée dans la main, elle cédait comme

une éponge, et se réduisait à un tiers de son volume primitif. Dans son état de compression, elle semblait être un morceau de peau ridée, sa couleur étant presque celle des tégumens dans l'état sain. En ôtant la main, la tumeur se remplissait rapidement et la peau redevenait d'une couleur pourpre; elle n'offrait aucune pulsation distincte, mais une vibration violente, et des artères battant avec force la traversaient.

Regardant l'extirpation immédiate de cette tumeur comme la seule chance de salut pour l'enfant, j'y procédai le plus promptement qu'il me fut possible; je fis l'incision des tégumens au-delà des limites de la tumeur, connaissant le danger des hémorragies qui en pouvaient résulter, en portant l'instrument dans sa substance même. Malgré ces précautions, l'écoulement du sang fut si abondant que l'enfant mourut. Toute la masse morbide avait été enlevée avec facilité au moyen d'un petit nombre de coups de l'instrument tranchant. La tumeur ayant été injectée avec un fluide coloré, j'en pus examiner soigneusement la structure intime.

Plusieurs des vaisseaux qui, par le peu d'épaisseur de leurs membranes, semblaient être des veines, avaient un diamètre considérable, et l'un d'eux fut assez large pour admettre une grosse bougie. Ce vaisseau, paraissait aussi gros que l'artère carotide d'un enfant. Les bornes de la tumeur étaient distinctes, au milieu d'un peu de tissu cellulaire sain, traversé par des vaisseaux sanguins. En suivant ces vaisseaux jusqu'à la masse morbide, on les voyait pénétrer dans un tissu

spongieux composé de nombreuses cellules et de canaux variables dans leurs formes et leurs dimensions, qui tous étaient remplis par l'injection et communiquaient directement avec les ramifications des vaisseaux.

Les cellules et les canaux avaient une surface unie, semblable dans quelques endroits aux cavités du cœur, par les fibres qui les traversaient dans des directions variées, à l'instar des colonnes tendineuses de l'organe central de la circulation.

L'ouverture de la peau par laquelle le sang était sorti pendant la vie communiquait directement avec une des plus larges cellules de la tumeur, et le vaisseau le plus considérable se rendait directement dans cette cavité.

Plusieurs autres tumeurs de la même espèce offraient un tissu absolument semblable à celui que je viens de décrire.

§ III. *Traitement de la maladie.*

Le traitement de cette sorte de tumeur n'est point, pour l'ordinaire, parfaitement heureux. Lorsqu'elle n'a que très-peu de volume, j'ai observé qu'elle pouvait quelquefois rester ainsi, toute la vie, sans subir aucune altération. Dans d'autres cas, elle est graduellement absorbée ; il survient une ulcération qui détruit la plus grande partie de la masse morbide ; la portion restante n'éprouve aucun changement, et l'absorption s'en opère par degrés.

La compression et l'application du froid sont recommandées par M. Abernethy dans le traitement des *nævi*, et ces moyens ont été plusieurs fois utiles, particulièrement dans le *nævus cutaneus*; mais on a le plus ordinairement recours à l'extirpation par l'instrument. L'opération est souvent accompagnée de difficultés qui tiennent à la situation de la tumeur, et qui font craindre une hémorragie dont la force a été fréquemment assez considérable pour avoir des conséquences fâcheuses; et dans la circonstance dont je viens de faire mention, les vaisseaux ont été assez gros pour que leur division soit devenue très-promptement funeste. C'est d'après ce résultat malheureux que j'ai été conduit à proposer une méthode par laquelle il est facile de s'opposer à l'abord du sang dans la tumeur, et que j'ai mis en pratique dans le cas dont je vais donner l'histoire.

Un enfant fut amené à Londres pour un *nævus subcutaneus* à la joue gauche, d'un volume très-extraordinaire. Le malade avait six semaines lorsque je le vis. La base de la tumeur s'étendait alors depuis la fosse temporale jusqu'au-delà de l'angle de la mâchoire, en enveloppant complètement le cartilage de l'oreille. Sa forme était demi-sphérique, la partie supérieure de sa surface étant aplatie par l'ulcération d'une large portion des tégumens. Cet ulcère avait trois pouces de diamètre, et la matière de la suppuration de sa surface répandait une odeur très-fétide.

La peau, sur le reste de la tumeur, était recouverte de vaisseaux gonflés, et les veines jugulaires

externe et angulaire étaient très-distendues, surtout lorsque l'enfant criait, ce qu'il faisait jour et nuit presque sans discontinuer.

La tumeur était molle, et l'on pouvait diminuer beaucoup son volume par la compression. Elle n'offraît aucune pulsation distincte, mais bien un mouvement de vibration, et les vaisseaux dans son voisinage battaient avec force.

Elle avait, au moment de la naissance, la grosseur d'une orange, mais elle s'était accrue de jour en jour. L'ulcération de la peau, qui existait depuis douze jours, avait donné lieu à plusieurs hémorragies abondantes.

L'enfant était si exténué et si faible, qu'avant d'adopter aucun moyen pour la guérison de la tumeur, on chercha à le fortifier par de petites doses rapprochées de lait, d'eau-de-vie, de bouillon léger et d'opium. Ces remèdes eurent les effets les plus marqués pour rétablir les forces vitales, et le lendemain matin l'enfant commença à téter sa nourrice, ce qu'il ne pouvait plus faire depuis quelque temps.

Quoique cette tumeur fût presque mobile et que sa base fût exactement circonscrite, le cas précédent ne m'avait que trop appris le danger des essais d'extirpation d'un *nævus subcutaneus* d'un tel volume, quelle que fût la partie du corps où il eût son siége. Il me parut donc que, puisque l'ablation de la tumeur était impraticable, on obtiendrait deux choses importantes par la ligature du tronc de l'artère carotide commune. La première était de prévenir im-

médiatement la tendance à une hémorragie funeste; la seconde d'obtenir la réduction du volume de la tumeur. La dissection faisant connaître que ces tumeurs étaient composées de cavités et de canaux nombreux dans lesquels le sang circulait en abondance, il était raisonnable d'espérer qu'en arrêtant la circulation dans l'artère carotide, on interromprait le cours du sang dans cette tumeur : de là résulterait la coagulation d'une partie du sang renfermé dans ses cavités, l'absorption du reste, et ensuite l'affaissement ou l'oblitération des cellules. En outre, on devait se promettre que la suppuration, déjà déclarée dans la masse morbide, finirait par la détruire complètement. Ce procédé, que la nature emploie quelquefois avec le plus grand succès dans des cas semblables, aurait probablement suffi dans celui-ci sans l'assistance de l'art, si l'abondance des hémorragies qui l'accompagnaient n'avait mis en danger les jours du petit malade.

Le rétablissement temporaire des forces de l'enfant par l'emploi des cordiaux pendant vingt-quatre heures, semblait permettre d'entreprendre l'opération. L'opinion de MM. George Young et Travers, qui avaient été consultés, se trouvant la même que la mienne à cet égard, j'y procédai de suite, et je fus secondé par eux.

Dans l'incision des tégumens, je pris garde de blesser aucune grosse veine. Elle fut faite le long du bord trachéal du muscle sterno-mastoïdien, et avec un instrument mousse, la gaîne artérielle fut facile-

ment mise à nû. Les bords de l'incision étant écartés, on ouvrit aisément cette gaîne; on découvrit l'artère et l'on passa au-dessous d'elle une aiguille courbe armée d'une petite ligature qu'on serra modérément par un seul nœud. Les bords de la plaie furent rapprochés au moyen d'un point de suture et d'une bandelette agglutinative.

L'opération ne produisit aucun changement dans l'état de l'enfant; mais au bout de quelques heures, il y eut une altération manifeste dans l'aspect de la tumeur. Elle devint molle, perdit sa couleur pourpre, et ses veines tortueuses s'affaissèrent. Le lendemain, il était survenu un changement très-remarquable dans son volume, et la peau qui lui servait d'enveloppe avait repris sa couleur naturelle. L'ulcération continuait à s'étendre en répandant une odeur très-fétide; les forces de l'enfant se soutenaient. Le baume du Pérou, appliqué sur des plumasseaux de charpie à la surface de l'ulcère, arrêta immédiatement l'ulcération et détruisit l'odeur fétide qu'elle répandait.

Le jour suivant, le volume de la tumeur continua à diminuer; l'enfant se nourrissait uniquement en tétant; il n'y avait ni gonflement ni rougeur à la plaie.

Le quatrième, la tumeur avait considérablement augmenté de volume; les tégumens qui la recouvraient étaient devenus livides et les veines adjacentes tuméfiées. Les branches d'anastomose des artères temporale et occipitale s'étaient très-développées;

elles formaient des replis et leur action circulatoire était très-active. Du côté droit, la pulsation de ces vaisseaux était forte; mais du côté gauche, où la tumeur avait son siége, elle était bien plus faible. Une très-petite quantité de sang avait suinté par l'ulcère, qui répandait une odeur légèrement fétide. Après être restée trois jours presque dans le même état, la tumeur diminua de nouveau de volume vers le septième jour, et la force de pulsation dans les artères parut aussi bien moins considérable. La santé générale de l'enfant continuait à se soutenir.

Le neuvième jour, l'enfant dormit plus long-temps qu'il ne l'avait fait depuis sa naissance. L'ulcération continuait à marcher lentement, et la croûte sèche qui s'était formée au centre de l'ulcère et qui était très-élevée, parut alors déprimée par suite de l'absorption qui avait lieu au-dessous. Le volume de la tumeur était alors diminué de plus de moitié.

Le douzième jour, on observa que la figure de l'enfant s'améliorait de plus en plus, et que le corps, quoique très-maigre, avait l'apparence de la santé; la peau était moite, les lèvres rouges; les intestins faisaient régulièrement leurs fonctions, et l'enfant tétait si bien qu'il ne prenait pas d'autre nourriture. Les vaisseaux environnans étaient devenus beaucoup moins tuméfiés, et la peau recouvrant la tumeur, ainsi que celle de l'oreille, avaient recouvré leur couleur naturelle. La portion auriculaire de la tumeur était tellement diminuée que le cartilage de l'oreille, qui, pendant un temps, avait

été soulevé par la tumeur, avait alors presque repris sa position. La partie de l'ulcère qui avait offert une apparence de granulation présentait alors de la suppuration. Un cataplasme ayant été appliqué pendant deux jours, la portion centrale de la tumeur, qui ressemblait à une masse de sang coagulé, se trouva ramollie, et j'en enlevai des lambeaux considérables. On la coupait comme du foie, et la macération dans l'eau démontra sa structure spongieuse. On eût dit que, par la ligature de l'artère carotide, la circulation du sang avait été suspendue dans cette partie de la tumeur, et qu'il en était résulté la coagulation de celui qui remplissait les cellules. Probablement ce décroissement plus rapide était dû à ce que cette partie de la tumeur recevait plus facilement et plus abondamment du sang des branches d'anastomoses des artères sous-mentale, labiale et autres.

Le treizième jour, l'enfant devint tout-à-coup plus faible, refusa de téter et s'affaiblit rapidement, malgré l'emploi de petites doses rapprochées d'eau-de-vie et d'opium; il mourut le quatorzième jour après l'opération, des suites de l'irritation produite par l'ulcère, qui avait alors gagné la surface entière de l'énorme tumeur.

En comparant de nouveau l'histoire et le traitement des deux cas de *nævus subcutaneus* dont je viens de parler avec les autres exemples semblables que j'ai rencontrés, je crois devoir indiquer ici quelques règles générales pour leur guérison, relativement aux

variétés de volume, de forme et de situation qu'elles peuvent offrir.

L'instrument tranchant, l'ulcération, l'absorption, la ligature des troncs vasculaires qui les entretiennent, leur propre ligature, sont les moyens qu'on peut faire servir à la destruction des tumeurs de ce genre ; ces différentes méthodes seront employées séparément ou simultanément, selon l'indication particulière.

Si la tumeur est petite ou même d'un volume médiocre, il n'est aucune partie du corps dont on ne puisse l'enlever sûrement avec le secours de l'instrument. La seule circonstance qui exige une attention particulière dans la pratique de cette opération est d'éviter la division de la substance même de la tumeur qui donnerait lieu à une hémorragie violente ; en faisant les incisions au-delà de la masse morbide, l'écoulement du sang est bien plus modéré, et il cesse si complètement après l'extirpation de la tumeur, que je n'ai jamais jugé nécessaire d'appliquer une ligature à un vaisseau quelconque.

Au lieu d'extirper par ce premier procédé le *nævus subcutaneus*, j'ai, dans un petit nombre de cas, produit l'ulcération dont j'ai déjà parlé, comme survenant quelquefois spontanément. J'ai été conduit à en agir ainsi par les effets que j'ai vus résulter, il y a quelques années, de l'application d'une forte solution de sublimé corrosif sur un *nævus subcutaneus* au dos d'un enfant. Dans cette circonstance, l'ulcération de la peau s'étendit avec rapidité, en détruisant tout à-la-

fois les tégumens et la substance même de la tumeur. Lorsqu'on ne peut employer avec sûreté l'instrument, ce mode de traitement peut le remplacer avantageusement, et il doit même quelquefois être préféré, quoique l'extirpation de la tumeur soit praticable. Si l'on veut enlever un *nævus subcutaneus* par l'ulcération, il sera plus facile de commencer par détruire une portion centrale de la peau avec la potasse caustique ou la pierre infernale. L'ulcération une fois commencée marche avec rapidité jusqu'à ce que toute la masse soit détruite, en laissant simplement un bord décoloré. L'ulcération s'avance-t-elle trop rapidement et se complique-t-elle d'une suppuration abondante, ce qui n'est que trop fréquent, on la combat avec succès par l'application du baume du Pérou à sa surface ; c'est ainsi qu'on en agit avec les avantages les plus marqués aux Indes orientales, dans les cas d'ulcères en suppuration; et dans ma propre pratique, j'ai vu ce moyen réussir dans des circonstances analogues.

Mais il est des *nævi subcutanei* tellement formidables par leur volume et leur situation que leur extirpation est impraticable. Ces tumeurs offrent aussi des dangers encore plus grands lorsque l'ulcération s'en empare, à cause des hémorragies qui accompagnent ce procédé. A cette classe appartenaient les deux observations que je viens de rapporter. C'est pour de semblables tumeurs que je conseillerais la ligature du tronc ou des troncs des artères qui les entretiennent. On doit attendre des avantages importans de cette opération, d'après le résultat de la ligature de l'ar-

tère carotide dans le *nævus subcutaneus* de la joue, et d'après les effets de la ligature du même vaisseau par M. Travers, dans un cas d'anévrisme par anastomose de l'orbite : ces avantages sont la diminution du volume de la tumeur par la suppression du sang qu'elle recevait; la diminution du danger de l'hémorragie, si le procédé d'ulcération était commencé; et enfin l'extirpation de la tumeur par l'instrument devenue praticable, cette même extirpation étant auparavant impossible ou du moins excessivement dangereuse.

Lorsque le sang qui se rendait à la tumeur n'y arrive plus, il survient une diminution immédiate de son volume, et cette diminution peut encore être très-augmentée par une forte compression avec la main, continuée ensuite avec les emplâtres agglutinatifs et les bandages, après quoi l'on a recours, pour son entière destruction, soit à l'ulcération, soit à l'extirpation.

Nous n'avons pas de faits assez nombreux pour décider par des règles certaines lequel des deux procédés de l'extirpation ou de l'ulcération mérite la préférence pour la destruction de semblables tumeurs. Il est très-probable que la santé d'un enfant souffrirait moins par l'ablation avec l'instrument d'une tumeur volumineuse de cette espèce, que par sa destruction plus lente au moyen de l'ulcération.

Je ne puis décider s'il existe quelques cas où des *nævi subcutanei* volumineux pourraient être extirpés par la ligature. M. White m'a dit qu'il avait passé une aiguille au milieu d'un *nævus subcutaneus* très-

volumineux, ayant son siége sur l'épaule d'un enfant, et qu'il avait renfermé chaque moitié de la tumeur dans une ligature séparée. L'opération fut suivie d'un succès complet.

Observation sur un anévrisme par anastomose du doigt.

Pendant que nous examinons le traitement du *nævus subcutaneus*, il me semble à propos de faire connaître ici un procédé curatif ingénieux employé par M. Lawrence pour la guérison d'un anévrisme par anastomose.

Une femme de vingt-un ans recevait depuis trois ou quatre ans les soins, d'abord de M. Hodgson et ensuite les miens, pour une tumeur pulsative du doigt, du genre de celles qui sont appelées *anévrismes par anastomose*. Elle ne se souvenait pas du commencement de sa maladie et le faisait remonter à sa naissance; le volume de cette tumeur avait augmenté, et depuis quatre ans elle devenait incommode.

La maladie occupait le doigt annulaire de la main droite; il y avait une tuméfaction générale de la première phalange, plus considérable néanmoins à la surface palmaire et au bord cubital du doigt, dont la grosseur surpassait environ d'un tiers celle de l'état naturel. La tumeur était molle et compressible; les vaisseaux qui la composaient étaient difficiles à distinguer à travers la peau, et lui communiquaient une teinte livide ou légèrement rougeâtre. Une sen-

sation de chaleur s'y faisait ressentir, et elle était tiède au toucher; elle présentait de fortes pulsations comme un anévrisme. L'artère digitale du côté correspondant était très-volumineuse et visible par sa grosseur et ses fortes pulsations dans la paume de la main. Les veines du dos du doigt, de la main et de l'avant-bras étaient tuméfiées, et les tégumens de la main, à sa surface dorsale, étaient marqués par une teinte exactement semblable à celle qui reste après une contusion. Des sensations douloureuses se faisaient ressentir dans la partie et s'étendaient successivement à la main, à l'avant-bras, au bras et à la poitrine; ces douleurs étaient augmentées par un exercice quelconque, en sorte que le membre était incapable de remplir toutes les fonctions qui exigeaient un effort continu, quoique léger.

Après avoir reconnu que les pulsations étaient entièrement arrêtées par la compression simultanée des artères radiale et cubitale, mais n'ayant pu se convaincre que la compression de l'artère digitale dilatée produisît cet effet, et ayant essayé inutilement pendant plusieurs mois la compression et les autres moyens externes, M. Hodgson fit, au mois de janvier 1815, la ligature des deux troncs ci-dessus mentionnés. Les conséquences de l'opération furent une entière cessation des battemens, l'affaissement de la tumeur et la diminution des douleurs; mais tous ces symptômes reparurent au bout de quelques jours et furent aussi incommodes qu'auparavant.

La compression fut de nouveau inutile. Les dou-

leurs, qui s'étendaient alors à l'épaule et à la poitrine, empêchaient la malade de se livrer à son travail habituel, et rendaient le membre inutile pour tous les besoins de la vie, en sorte que la malade réclamait avec ardeur quelques moyens de soulagement. Mon ami M. Hogdson n'étant pas alors à Londres, elle me consulta à ce sujet : je lui déclarai que l'amputation du doigt à l'articulation du métacarpe était le seul moyen efficace que je connusse ; elle rejeta sur-le-champ et d'une manière décidée toute idée d'une semblable mutilation. Le second moyen qui se présenta à ma pensée fut de diviser toutes les parties molles par une incision circulaire, près de la paume de la main, de manière à arrêter le cours du sang ; les souffrances endurées par la malade l'engagèrent à se soumettre à cette opération, quoiqu'on lui eût représenté qu'elle était douloureuse et d'un effet incertain.

Secondé par MM. George Young et Samuel Cooper, qui avaient partagé mon avis, je fis une incision circulaire sur les parties molles, en exceptant les tendons fléchisseurs avec leurs gaînes et le tendon extenseur. L'artère digitale, qui avait des pulsations si évidentes dans la paume de la main, égalait en grosseur les artères radiale ou cubitale d'un adulte, et c'était elle principalement qui entretenait la maladie. Après la ligature de ce vaisseau et de celui du côté opposé, nous fûmes très-surpris de voir jaillir des autres orifices de ces deux vaisseaux une colonne de sang artériel assez considérable pour nécessiter de nouvelles ligatures. Cette circonstance néanmoins dis-

sipa toutes les craintes que nous aurions pu conserver à l'égard de la nourriture subséquente du doigt. Les bords de l'incision furent rapprochés par quatre points de suture, mais ne purent être réunis d'une manière satisfaisante, à cause de la tumeur et du gonflement très-considérable de la totalité du doigt au-delà de l'incision. On eût dit que les vaisseaux malades étaient distendus par un sang qui ne pouvait revenir par les veines, puisqu'on voyait à travers la peau, d'un rouge foncé et presque livide, les gros troncs vasculaires gorgés de sang.

La plaie se cicatrisa lentement; le gonflement diminua, mais sans disparaître entièrement, et les tégumens reprirent leur couleur naturelle. La pulsation et la douleur avaient déjà cessé.

A présent, il existe encore de l'engorgement dans la partie, mais sans aucun battement, et l'on voit sur la peau quelques petits vaisseaux rouges, semblables à ceux dont on observe quelquefois les ramifications sur les tégumens de la face. La distension veineuse et la douleur générale du membre ont disparu; la malade a tellement recouvré l'usage de son bras, qu'elle peut dans ce moment s'en servir une heure de suite pour travailler à l'aiguille et pour diverses autres fonctions.

Observation sur une ligature de l'Aorte par M. Astley Cooper (1).

Je crains qu'au titre seul de ce mémoire, le lecteur ne m'accuse d'avance d'avoir entrepris une opération que rien ne peut justifier, puisqu'une ligature placée sur l'aorte doit nécessairement paraître devenir funeste ; mais j'espère démontrer que ma hardiesse ne fut pas suivie du danger immédiat qu'on aurait pu craindre ; que le malade se plaignit seulement d'une douleur légère pendant le cours de l'opération; qu'elle seule pouvait donner quelque chance de salut, et que notre seul regret ne fut pas de l'avoir entreprise, mais d'y avoir recouru trop tard.

Quels ne devraient pas être mes regrets si j'eusse été capable de me jouer de la vie d'une personne qui se reposait avec confiance sur mes connaissances chirurgicales et sur mon humanité! Je serais également disposé à me regarder comme criminel si je ne faisais pas tous mes efforts pour sauver mon semblable, atteint d'une maladie inévitablement funeste, abandonnée à elle-même, et susceptible d'être arrêtée dans sa marche par les secours de l'art. En remplissant nos fonctions, une seule idée doit nous diriger : c'est de nous demander à nous-mêmes si, placés dans des circonstances semblables, nous nous soumettrions aux dangers et à la douleur que nous allons occasionner.

---

(1) *Case of ligature on the aorta*, etc. *Surgical Essays*, etc., part. 1, seconde édition, p. 111, *London*, 1818.

Guidés par ce principe, nous nous acquitterons de nos devoirs sans que notre conscience puisse rien nous reprocher, avantage que ne peuvent se promettre ceux qui font courir à leurs malades des dangers inutiles.

Ceux qui seraient disposés à condamner la tentative dont je vais donner connaissance voudront bien se rappeler que, malgré l'issue funeste de ma première opération pour un anévrisme de l'artère carotide, je n'en ai pas moins heureusement réussi dans la seconde.

En recherchant l'évidence sur un sujet médical, il n'y a que trois sources où nous puissions la trouver : l'observation sur le vivant, l'ouverture des cadavres et les expériences sur les animaux. Par la première, nous apprenons l'histoire de la maladie ; par la seconde, sa nature réelle, autant du moins qu'on peut la connaître avec certitude; enfin, par les expériences sur les animaux, nous sommes témoins des procédés employés par la nature pour la restauration des parties lésées, et nous pouvons en appliquer la connaissance aux accidens de l'homme.

Dans l'application des ligatures sur les artères en général, la principale circonstance à considérer est la probabilité de la transmission du sang, au moyen des anastomoses, dans les parties les plus éloignées ; mais, dans les opérations sur les artères des plus larges cavités du corps, on doit considérer la manière d'empêcher la ligature d'occasionner la destruction. Dans les parties communes, la suppuration et l'ulcération qui en sont le produit finissent par amener la séparation de la ligature ; dans les organes essentiels à la vie, au

contraire, le procédé de la suppuration la mettrait en danger.

L'aorte est si rarement obstruée, qu'il est très-difficile de déterminer la force de ses vaisseaux d'anastomoses pour la continuation de la circulation. La première impression provenant de l'examen de la structure de l'aorte à sa courbure serait qu'une anastomose ne pourrait convenablement permettre au sang de continuer son cours par des canaux de circuit. La seule occasion que j'aie eue de voir une aorte contractée chez l'homme servirait à confirmer cette opinion. Mais l'observation de M. Graham, dont je vais donner les détails, montre que, même dans cette partie de l'aorte, la communication peut être suffisante pour laisser un passage au sang.

Quant à l'aorte contractée que j'ai eu occasion d'examiner, voici les détails qui m'en ont été donnés par M. Winstone, chirurgien, qui me pria de faire l'ouverture du cadavre.

L'individu qui faisait le sujet de cette observation, âgé de cinquante-sept ans, d'un tempérament robuste, avait joui d'une bonne santé depuis nombre d'années, si ce n'est pendant l'hiver, où il était constamment tourmenté d'une toux tellement violente, que je n'en ai jamais vu de semblable à d'autres personnes. Dans la nuit du 7 avril 1809, il fut affecté de toux et d'une difficulté de respirer plus grandes qu'à l'ordinaire. Je le vis à cinq heures du matin. Il se plaignait de douleur sous le sternum; les extrémités étaient froides; tout en lui offrait des marques d'une anxiété inexpri-

mable; le pouls, faible, mais régulier, était très-altéré sous le rapport de sa fréquence. Ces symptômes persistèrent presque sans diminution, malgré l'application des ventouses sur le sternum, les vésicatoires et les linimens volatils, jusqu'à environ onze heures qu'il voulut se remettre au lit. Mais ayant fait quelques pas, il tomba mort.

A l'ouverture du cadavre, le péricarde, excessivement distendu, se présenta immédiatement; une incision qu'on y fit en laissa sortir une très-grande quantité de sang. En examinant le cœur, on trouva l'une des veines coronaires rompue à la surface antérieure du ventricule droit. Je supposai d'abord que c'était la source du sang épanché dans le péricarde; mais un examen plus attentif du cœur me fit apercevoir une ouverture qui conduisait au ventricule droit; en sorte que la rupture avait commencé dans cette partie du cœur, et que, s'étant étendue à travers sa substance, elle n'avait fait déchirer la veine que par ses progrès ultérieurs. J'ouvris l'artère pulmonaire, que je trouvai saine. Le côté gauche du cœur était également sans altération; les poumons adhéraient un peu à la face interne des cavités thoraciques, et l'on trouva dans chacune de ces deux cavités une petite quantité de fluide. Le doigt ayant été introduit dans l'aorte, vis-à-vis de l'endroit où se termine le canal artériel, fit découvrir dans son intérieur un rétrécissement qui admettait avec peine le petit doigt. On aperçut, par un examen plus particulier, qu'il était dû à un épaississement des fibres circulaires du vaisseau

ainsi qu'à une légère ossification de ses membranes. Ce resserrement de l'aorte empêchait le passage du sang à travers le cœur et les poumons ; et dans cet état extrême de distension, le ventricule droit, d'après sa moindre force de résistance, avait fini par s'ouvrir et par amener la terminaison subite de l'existence du malade.

Le fait suivant a été publié dans le cinquième volume des *Transactions médico-chirurgicales*, par M. Graham.

« L'observation que je prends la liberté de communiquer au public n'est comparable, à ma connaissance, qu'à une seule autre dont on n'a mentionné que les altérations anatomiques, sans avoir donné l'histoire de la maladie.

» Henri Frère, âgé de quatorze ans, fut admis à l'infirmerie le 3 août 1813. Deux semaines auparavant, s'étant exposé au froid, il fut affecté d'une toux sèche qui, depuis huit jours, était accompagnée d'une expectoration assez copieuse, et de douleur dans le côté gauche de la poitrine, gênant la respiration, et que la toux venait encore accroître ; le pouls offrait cent pulsations et était un peu dur ; l'appétit devenait presque nul ; la soif paraissait très-grande, la langue un peu blanche ; les évacuations alvines étaient régulières ; le sommeil était mauvais, la transpiration abondante. Le malade n'avait encore fait usage d'aucun médicament.

La maladie fut regardée comme une pneumonie, tellement avancée que la suppuration semblait être survenue, et de laquelle, par conséquent, on ne de-

vait rien attendre de bon, quel que fût le traitement employé. Néanmoins, par les remèdes ordinaires, comme la saignée, les vésicatoires, les expectorans et l'usage des cathartiques, j'eus la satisfaction d'apercevoir de la diminution dans les symptômes. Le sang, à la première saignée, présenta une espèce de couenne épaisse. Le pouls se maintint, en général, de quatre-vingt-douze à cent pulsations; il était dur, plein, mais toujours régulier. Les crachats devinrent plus copieux; ils étaient mêlés de sang. La transpiration avait lieu principalement par les parties supérieures du corps. Le malade poussait des gémissemens pendant son sommeil et mangeait peu. Le 8, il éprouva des nausées et des vomissemens. Le 19, il eut un accès de fièvre qui dura peu de jours. Le 20, il ressentit une vive douleur dans l'œil gauche. Le 27, il ne se plaignit que de palpitations. Le 6 octobre, il fut renvoyé de l'hôpital comme guéri.

Les palpitations avaient diminué en proportion du retour des forces, ce qui m'entretenait dans l'espérance que ce symptôme était dû à la faiblesse. Néanmoins je conservais la crainte que l'inflammation ne se fût étendue au péricarde ou au cœur. L'obscurité du diagnostic dans les cas de ce genre est très-bien connue des praticiens. J'étais aussi porté à soupçonner un épanchement de sérosité dans l'intérieur du péricarde, ou peut-être l'adhérence du cœur à son enveloppe, quoique, dès-lors, j'eusse vu deux exemples d'adhérence très-intime et très-étendue sans que la circulation en eût été le moins du monde affectée.

Ces craintes augmentèrent encore lors du retour de l'enfant à l'hôpital le 13 novembre suivant, époque où les vibrations des artères carotide et sous-clavière étaient très-remarquables.

Le 13 novembre, il y avait de la dyspnée et des palpitations du cœur. La douleur dans le côté gauche du thorax avait reparu aussitôt après la sortie du malade de l'hôpital, et elle augmenta par degrés ; le pouls devint régulier, il battait quatre-vingt-huit fois par minute ; la liberté du ventre fut entretenue par des laxatifs ; un soulagement temporaire suivit l'application d'un vésicatoire.

Les rubéfians et les cathartiques, employés de nouveau, diminuèrent les symptômes pendant un temps. La douleur de la partie gauche du thorax, qui avait disparu, revint dans la soirée du 29. Un vésicatoire, répété le lendemain, produisit beaucoup de souffrances jusqu'au 2 décembre, qu'un accès soudain de fièvre fit revenir la partie presqu'à l'état naturel. Nulle strangurie.

Le 3, la fièvre s'est dissipée. Un accès semblable, accompagné de nausées et de vomissemens, est survenu le 12, et a cédé immédiatement à l'action d'un émétique. Le malade éprouve de l'acidité à l'estomac et de la cardialgie lorsqu'il a pris quelque aliment.

Le 23, depuis dix jours, il est affecté de douleurs dans le côté droit de la poitrine ; des douleurs qui augmentent par le mouvement, de fortes inspirations qui sont accompagnées d'une toux fréquente, incommodent le malade, surtout pendant la nuit. Le pouls s'est élevé

de nouveau. On applique les vésicatoires ; les cathartiques sont administrés, et l'on pratique deux saignées. Le sang, surtout après la première opération, paraît très-couenneux. Le pouls baisse, la douleur est enlevée; mais la toux et les palpitations continuent. La circulation se ranime de nouveau le 27, et reste précipitée jusqu'à la mort. Le malade s'éteignit par degrés; il eut des sueurs abondantes, ne prit plus de nourriture; des vomissemens fréquens se manifestèrent; l'urine devint sablonneuse; le sommeil fut agité; la dyspnée et les palpitations augmentèrent, et il mourut le 2 janvier. Le pouls, vers la fin du séjour du malade, à l'hôpital, varia entre quatre-vingt-dix et cent seize pulsations; il offrit divers degrés de force et de dureté. Il fut toujours régulier.

Examen du cadavre.

Il y avait près d'une livre de sérosité dans la cavité abdominale, et les intestins étaient distendus par des gaz. Néanmoins les viscères paraissaient dans l'état naturel. Le sternum ayant été enlevé, on aperçut le péricarde, qui se trouvait très-dilaté, et qui couvrait le poumon gauche en adhérant à la plèvre costale. Cette membrane, mince et admirablement transparente, contenait environ une once de fluide, et un cœur deux fois gros comme le cœur ordinaire d'un enfant de cet âge.

Les parois du ventricule gauche avaient environ un pouce d'épaisseur; mais on n'observa aucun autre dérangement dans la structure du cœur ou de ses valvules. La capacité des cavités de cet organe pa-

raissait naturelle. L'aorte était dilatée d'une manière extraordinaire près de son origine, et formait une espèce de poche. Après avoir fourni les branches qui se rendent à la tête et aux membres supérieurs, son diamètre était singulièrement rétréci. La diminution de calibre de ce vaisseau s'étendait ainsi jusqu'à son union avec le canal artériel, après quoi l'aorte devenait complètement imperméable; ses membranes n'étaient ni malades ni épaissies. On découvrit seulement une petite élévation unie à la surface interne, un demi-pouce au-dessous du rétrécissement. Cette saillie, moins élevée qu'un pois, en avait presque le diamètre. Quant aux autres apparences, on eût dit que l'artère avait été entourée complètement par une ligature très-serrée. L'obstruction avait environ une ligne de largeur. L'artère donnait ensuite trois branches de la grosseur d'une plume de corbeau; un peu plus bas, on voyait trois autres branches plus petites; enfin l'aorte reprenait son volume naturel le long des vertèbres. Ces trois vaisseaux étaient évidemment les branches supérieures des intercostales inférieures; leurs membranes, extrêmement minces, ressemblaient à celles des veines. Une sonde passait de l'artère pulmonaire le long du canal artériel jusqu'à la portion obstruée de l'aorte; mais, d'après son épaississement apparent, il ne semble pas probable que ce canal servît de communication; et l'aspect florissant de l'enfant pendant sa vie est favorable à cette présomption. Comme on n'avait eu nul soupçon de cette déviation singulière de la conformation na-

turelle jusqu'à l'enlèvement des viscères de la cavité thoracique, il fut impossible de suivre, avec l'exactitude qu'on aurait pu desirer, les branches d'anastomoses par lesquelles la circulation avait continué de s'exécuter dans les parties inférieures du corps. Mais ce que nous avons observé suffit, je pense, pour nous conduire très-près de la découverte de la vérité.

Les artères innominées, sous-clavière gauche, intercostales supérieures et mammaires étaient très-dilatées. L'épigastrique avait son volume ordinaire. Ces faits et le développement presque naturel de l'aorte immédiatement au-dessous de l'étranglement, prouvent assez que le sang, comme on aurait pu s'y attendre, ne se rendait pas en quantité notable aux membres inférieurs par les anastomoses des artères mammaires et épigastriques; mais bien principalement par les communications des intercostales supérieures et des artères mammaires avec les trois grosses branches naissant de l'aorte au-dessous du rétrécissement, sans parler des anastomoses des artères mammaires et thoraciques avec celles des intercostales et des diaphragmatiques. Le poumon avait presque sa couleur ordinaire; le lobe gauche était très-affaissé. On trouva de chaque côté du thorax une petite quantité de sérosité sanguinolente.

L'aorte, au-dessous de sa courbure, donne naissance, dans la cavité de la poitrine, aux nombreuses artères intercostales; et malgré l'exiguité de ces vaisseaux, leurs communications mutuelles sont

si multipliées que, dans une oblitération graduelle de l'aorte, le sang pourrait être, par leur intermédiaire, facilement transmis aux parties inférieures du corps. Un exemple de ce genre, rapporté par M. Paris, est cité par M. John Bell dans ses observations chirurgicales.

M. Paris, prosecteur de l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, injecta, en 1789, le cadavre d'une femme d'environ cinquante ans dont le système artériel se trouvait singulièrement disposé, et la circulation du sang changée par une oblitération complète de l'aorte un peu au-delà de sa courbure. L'attention de M. Paris fut excitée particulièrement par la dilatation extraordinaire des petites artères à la partie antérieure de la poitrine. Il avait rempli les artères avec une injection composée de parties égales de suif et de résine colorés avec du noir de fumée. Cette injection, introduite par l'ouverture de l'aorte, y pénétra si facilement que, loin de soupçonner une oblitération, il craignit d'avoir employé une quantité de matière plus grande que celle qui est nécessaire pour le cadavre d'un adulte.

Le sujet était si maigre que, sans le secours de la dissection, M. Paris découvrit les artères thoraciques marchant obliquement en bas des parois de la poitrine : leur dilatation était remarquable. Il devenait bien naturel qu'il disséquât avec soin ce cadavre. Il trouva l'aorte, immédiatement au-delà de sa courbure, réduite au volume d'une plume à écrire; ses membranes avaient leur épaisseur ordinaire ; mais sa cavité était extrêmement resserrée. La courbure de l'aorte, au-dessus de ce

rétrécissement, n'était que peu dilatée ; la partie située au-dessous n'avait pas perdu son diamètre naturel. On ne put rien découvrir, soit dans le tissu propre du vaisseau, soit dans l'état des parties environnantes, qui servît à expliquer cette contraction.

Les carotides étaient dans leur état naturel. L'artère innominée et la sous-clavière gauche avaient deux fois leur diamètre ordinaire ; toutes leurs plus petites branches s'étaient dilatées dans la même proportion et s'étaient courbées en zigzag. Les artères mammaires internes et diaphragmatiques étaient grandement élargies et très-tortueuses. Les artères transverses du cou avaient doublé de volume ; les branches postérieures étaient tortueuses, s'étendaient à une grande distance sur le dos, en s'unissant à de longues anastomoses qui étaient fournies inférieurement par les branches des artères intercostales supérieures ; leur dilatation était également remarquable. Les artères thoraciques et scapulaires qui marchaient le long des parois de la poitrine avaient deux fois leur volume ordinaire. Au-dessous de la partie rétrécie de l'aorte, les intercostales inférieures avaient triplé ou quadruplé leur grosseur ; toutes étaient dilatées ; mais celles qui l'étaient le plus naissaient de l'endroit le plus voisin de la partie contractée ; la branche postérieure de chacune de celles qui pénètrent dans les muscles du dos était plus dilatée que celle qui marche entre les côtes ; en outre, les contours de ces branches postérieures se trouvaient rapprochés les uns des autres. Leurs anastomoses avec les branches de la cervicale trans-

verse étaient très-remarquables. L'artère diaphragmatique inférieure, très-dilatée, formait des ramifications considérables avec la diaphragmatique supérieure. L'artère épigastrique, égalant par sa dilatation le volume de la mammaire, s'unissait à elle par des anastomoses manifestes et très-nombreuses.

Cette observation prouve évidemment que la plus grande partie du sang, ordinairement transportée au moyen de l'aorte à travers le thorax, est capable de se frayer une route détournée par les branches des artères sous-clavières et intercostales.

Quant à l'aorte abdominale, je n'ai jamais vu d'exemple, chez l'homme, de son oblitération ou de sa contraction. Toutefois, si un tel évènement arrivait, la transmission du sang rencontrerait peu de difficultés par les canaux collatéraux. Les artères mammaires et épigastriques, les mésentériques supérieure et inférieure et les lombaires, resteraient là pour continuer la circulation.

Quoique, chez l'homme, nous n'ayons aucun exemple de la circulation collatérale dans la cavité de l'abdomen, on sait peut-être que j'ai plusieurs fois placé des ligatures sur l'aorte des chiens, et que le sang n'en a pas moins été facilement transmis aux extrémités postérieures de ces animaux par le moyen des vaisseaux d'anastomoses.

Dans chaque expérience, l'incision fut faite du côté gauche de l'épine, l'aorte, amenée à la surface de la peau par une aiguille à anévrismes, et toutes les parties environnantes, furent séparées du vaisseau : les

membranes de ce dernier étant parfaitement à découvert, on l'entoura d'une ligature. L'animal sujet de cette expérience fut tué au bout de quelques semaines; et par l'injection et la dissection, on trouva que les artères lombaires, prodigieusement dilatées, étaient les agens principaux de la nouvelle circulation.

Nous possédons, à l'hôpital Saint-Thomas, une préparation admirable, montrant l'aorte oblitérée, et les anastomoses nombreuses et dilatées qui continuent la circulation. C'est de la sorte que, par analogie, l'on peut admettre la possibilité d'une transmission semblable chez l'homme.

Je vais maintenant rapporter l'observation qui forme l'objet principal de ce mémoire.

Observation.

Charles Hutson, porte-faix, âgé de trente-huit ans, fut admis à l'hôpital de Guy, le 9 avril 1817, pour une tumeur à l'aîne gauche, située en partie au-dessus, et en partie au-dessous du ligament de Poupart. Comme on pouvait lui distinguer une pulsation obscure, on en conclut que c'était un anévrisme. Le malade racontait à ce sujet que, treize mois avant son admission à l'hôpital, il avait reçu un coup violent à l'aîne gauche en tombant sur l'angle d'un coffre, et qu'il avait été hors d'état de se rendre chez lui. Le lendemain, sa cuisse avait changé de couleur, et s'était tuméfiée à un point tel qu'il n'avait pu quitter son lit.

Au bout de trois semaines, il commença à se rétablir, et le membre ayant recouvré son volume ordi-

naire, il reprit son travail. Néanmoins, il ne fut jamais en état de mouvoir ce membre avec la même liberté que l'autre. Il continua d'exercer son métier, mais avec la plus grande difficulté jusqu'à l'instant de son admission dans l'hôpital. Quelque temps auparavant, il avait été parfois incommodé d'une sensation d'élancemens dans le membre, sensation qui n'était, il est vrai, que momentanée, et qui semblait provenir de la pression de la tumeur sur le nerf crural antérieur. Il restait dans l'aîne un peu de tuméfaction depuis l'accident, et même, quelques semaines auparavant, il avait été obligé d'élargir ses vêtemens du côté gauche.

A cette époque, la tumeur était très-diffuse; plusieurs grosses veines parcouraient sa surface, et elle était douloureuse à la pression. Le troisième jour depuis l'entrée du malade à l'hôpital, la tumeur doubla de volume, et la pulsation y devint moins distincte, si ce n'est dans le trajet des artères iliaque et fémorale. La tuméfaction, d'une étendue considérable, se prolongeait de trois à quatre pouces au-dessus du ligament de Poupart, jusqu'à une égale distance au-dessous. Précisément au-dessous de l'épine antérieure et supérieure de l'iléon, on pouvait distinguer une fluctuation dans le sac anévrismal, au-dessus du ligament de Poupart, en sorte qu'évidemment le sang ne s'y était pas encore coagulé. Le péritoine était tellement distendu dans la partie inférieure de l'abdomen, qu'il se portait sur l'artère iliaque commune, et qu'il rendait l'opération im-

praticable sans l'ouverture de la cavité de cette membrane. En conséquence, je me déterminai à employer d'autres moyens, et à favoriser les efforts de la nature vers la guérison spontanée, avant d'entreprendre une opération quelconque.

16 *mai*. La tumeur augmente subitement, et la pulsation devenant plus distincte, on tire au malade douze onces de sang par une saignée du bras.

21 *mai*. On exerce une compression sur la partie antérieure de la tumeur au moyen d'une pelote maintenue par une large bande. Une seconde saignée de douze onces amène un peu de soulagement.

27. La pression sur la tumeur ayant été discontinuée, on trouve que la peau a perdu sa couleur, sa sensibilité et qu'elle est ulcérée.

30. Le matin, le malade a déclaré avoir passé une mauvaise nuit, et il paraît éprouver un trouble général considérable. La tumeur a beaucoup augmenté. On fait sur elle l'application d'un tourniquet, ajusté de manière à comprimer l'anévrisme, en ménageant autant que possible les parties environnantes.

1er *juin*. Le malade supporte assez bien la pression du tourniquet; mais celui-ci n'a produit aucune différence dans le volume de la tumeur.

4 *juin*. Le tourniquet ayant été desserré, on a observé une légère ulcération de la peau à la surface du sac, ce qui engage à en discontinuer l'application.

5 *juin*. Il se plaint d'une pesanteur telle dans le

membre affecté, qu'il a de la difficulté à le soulever. La peau qui recouvre l'anévrisme manifeste des dispositions à la gangrène.

19 *juin*. On observe une escarre à la partie extérieure de la tumeur, au-dessous du ligament de Poupart. Cette escarre est presque détachée, et elle est environnée de toutes parts d'une ulcération profonde.

20 *juin*. A dix heures du matin, il y a eu une hémorragie à la partie externe du sac; mais la perte de sang n'a pas été considérable. On a fait l'application d'une compresse maintenue par un emplâtre agglutinatif. L'hémorragie n'a pas reparu le lendemain.

22 *juin*. A sept heures du matin, après un léger exercice, l'hémorragie se renouvelle, mais sans être plus abondante que la première fois.

24 *juin*. L'hémorragie a paru de nouveau; elle s'est arrêtée d'elle-même.

25 *juin*. Vers deux heures et demie de l'après-midi, à la suite d'une agitation morale subite, l'hémorragie reparaît avec abondance. La compression sauve la vie du malade, qui se trouvait dans le plus grand danger; mais ses forces sont tellement épuisées que l'évacuation des matières fécales se fait involontairement.

A neuf heures du soir du même jour, je le vis et le trouvai réduit à un tel état, qu'il lui aurait été impossible de survivre à l'hémorragie dont il était menacé à chaque instant. Desirant encore éviter l'ouverture de l'abdomen pour lier l'aorte près de sa bifurcation, je me déterminai à reconnaître s'il serait

possible de passer une ligature autour de l'artère dans l'intérieur même du sac anévrismal. Je pensais que si l'artère s'était ouverte près du centre du sac, ainsi qu'il arrive ordinairement dans l'anévrisme, je pourrais la comprimer avec mon doigt et l'entourer d'une ligature. Dans cette intention, je pratiquai une petite incision sur l'anévrisme, environ à deux pouces au-dessus du ligament de Poupart, et ayant fait une très-petite ouverture au sac, j'introduisis facilement mon doigt dans sa cavité et cherchai l'artère sur laquelle il s'était formé : mon doigt remplissait si complètement l'orifice qu'il était impossible à une goutte de sang de s'échapper sur ses côtés. Je remuai le doigt pour découvrir l'artère, mais je ne trouvai qu'un amas de caillots : l'artère pénétrait le sac supérieurement et l'abandonnait inférieurement, sans laisser dans son intérieur une portion intermédiaire de vaisseau. Je fus donc contraint d'abandonner ce mode opératoire. Sur le point de retirer mon doigt, je chargeai deux des aides de comprimer avec leurs mains l'aorte sur la colonne vertébrale : ils réussirent à arrêter les pulsations de l'artère à l'aîne droite. En ôtant mon doigt, j'eus soin de fermer, au moyen d'un plumasseau de charpie, l'ouverture que j'avais faite au sac.

Il est à propos de faire observer ici que l'ouverture produite sur l'anévrisme par le procédé d'ulcération était trop éloignée du siége naturel de l'artère pour me laisser l'espérance de la découvrir avec mon doigt. Sur le point de quitter le lit du malade, j'éprouvai un

vif regret partagé par tous les élèves qui m'entouraient: c'était de laisser périr ce malheureux d'hémorragie sans lui procurer la dernière chance de salut qui lui restât, en faisant la ligature de l'aorte. Décidé tout-à-coup, je m'écriai : « Eh bien! Messieurs, je suis déterminé à profiter de cette dernière ressource et à pratiquer cette opération! »

Voici comment j'y procédai : les épaules du malade furent légèrement élevées par des oreillers, dans l'intention de relâcher autant que possible les muscles abdominaux : je craignais qu'une sortie des intestins ne produisît de la gène dans l'opération, et je fus surpris agréablement en voyant que leur état de vacuité, par suite de l'excrétion involontaire des matières fécales, s'opposait à cet accident. Je remarquerai ici en passant, qu'il est absolument nécessaire, dans une opération semblable, de vider préalablement les premières voies avec des laxatifs.

Je fis donc une incision longue de trois pouces à la ligne blanche; j'eus soin de lui donner une légère courbure pour éviter l'ombilic : un pouce et demi de l'incision se trouvait au-dessus, et le reste au-dessous du nombril, et son inclinaison était dirigée de cette manière du côté gauche (⊃). Ayant divisé la ligne blanche, je fis une petite ouverture au péritoine et j'introduisis mon doigt dans l'abdomen; ensuite, avec un bistouri boutonné, j'élargis l'ouverture du péritoine presque dans la même proportion que celle de la plaie externe. L'épiploon ni les intestins ne sortirent, et pendant la durée de l'opération, il n'y

eut qu'une petite circonvolution qui s'engagea entre les lèvres de la plaie.

L'ouverture étant suffisante pour laisser pénétrer mon doigt dans l'abdomen, je l'y introduisis à travers les intestins, et je parvins à la colonne vertébrale, où je trouvai l'aorte excessivement dilatée et battant avec une force extrême. Au moyen de l'ongle de mon doigt, je détachai le péritoine sur le côté gauche de l'aorte, et ensuite remuant doucement le doigt de côté et d'autre, je le fis passer graduellement entre l'aorte et le corps des vertèbres, et je parvins enfin du côté droit de ce vaisseau.

Ayant alors mon doigt sous l'artère et sur ses côtés, je conduisis derrière elle l'aiguille mousse à anévrisme armée d'une seule ligature : mon élève M. Key amena la ligature jusqu'à la plaie externe, après quoi l'aiguille fut immédiatement retirée.

La circonstance qui exigea le plus d'attention fut d'éviter de comprendre l'intestin dans l'anse de la ligature : les extrémités de cette dernière furent ramenées vers la plaie, et le doigt fut promené inférieurement dans son anse pour empêcher une portion quelconque de l'intestin d'y être comprise ; on serra la ligature et on en laissa les bouts hors de la plaie. L'épiploon fut placé derrière l'ouverture, autant que la ligature put le permettre, afin de faciliter l'adhérence, et l'on rapprocha les bords de la plaie par quelques points de suture et l'emplâtre agglutinatif.

Pendant l'opération, les matières fécales sortirent

involontairement, et le pouls du malade, tant immédiatement après qu'au bout d'une heure, offrait cent quarante-quatre pulsations par minute. Je prescrivis trente gouttes de teinture d'opium et de mixture camphrée, et l'évacuation involontaire des matières ne tarda pas à s'arrêter. J'appliquai ma main sur la cuisse droite immédiatement après l'opération, et le malade me dit que je touchais son pied : l'on voit par là que la sensibilité de cette jambe était très-imparfaite. A minuit, le pouls présentait cent trente-deux pulsations.

26 *juin*. A une heure du matin, le malade se plaignit de chaleur dans l'abdomen, mais sans que la pression lui occasionnât aucune souffrance; il disait que sa tête était brûlante et qu'il ressentait des douleurs dans les épaules; les membres inférieurs, qui étaient devenus froids aussitôt après l'opération, avaient alors recouvré leur chaleur naturelle; d'autres parties du corps étaient couvertes d'une sueur froide. La sensibilité des extrémités inférieures était devenue très-peu distincte depuis l'opération.

A deux heures, il se trouva tellement soulagé par sa potion qu'il en desira davantage. On lui donna dix gouttes de teinture d'opium. Ses jambes furent enveloppées dans de la flanelle, et des bouteilles d'eau chaude furent placées sous ses pieds : le malade dit alors que la chaleur de son ventre était diminuée. A six heures, la sensibilité de ses membres était encore imparfaite.

A huit heures du matin, il dit se trouver assez

bien ; cependant il ne rendait ni urine ni matières fécales ; la jambe droite était plus chaude que la gauche ; la sensibilité se rétablissait.

A midi, la température de la jambe droite était de quatre-vingt-quatorze degrés ; celle de la jambe gauche ou du membre affecté était de quatre-vingt-sept et demi.

A une heure après midi, je le visitai, et je fus agréablement surpris en voyant ce malade, qui, la veille au soir, était sur le point de mourir, arranger alors sa couverture et sourire à mon approche.

A trois heures, après une quinte de toux, le malade fut très-effrayé de l'idée que la ligature avait glissé dans la plaie : c'était une fausse alarme. Bientôt après, il se plaignit de douleurs dans l'abdomen : elles n'étaient ni longues ni très-intenses ; elles cédaient aisément aux fomentations. Comme il n'y avait pas eu d'évacuations alvines, on prescrivit un lavement.

A six heures du soir, le malade vomit peu après que le lavement lui eut été donné ; la température de la jambe droite était de quatre-vingt-seize degrés, celle du membre malade était de quatre-vingt-sept et demi.

A neuf heures du soir, il prit un demi-verre de vin de Porto dans de l'eau tiède, qu'il rejeta immédiatement ; il se plaignit de douleurs dans les lombes ; le pouls était faible et offrait cent quatre pulsations ; le malade était très-agité, et il rendit involontairement des matières fécales.

A onze heures, le pouls était faible et présentait cent pulsations. Le malade vomit encore.

Le 27, à sept heures du matin. Il a passé une nuit agitée; les vomissemens ont reparu par intervalles; le pouls est faible et présente cent quatre pulsations; le malade se plaint de douleurs par tout le corps, mais plus particulièrement à la tête; les artères carotides battent avec une force considérable; et tout exprime en lui une grande anxiété; il est très-agité, l'urine sort goutte à goutte et fait ressentir une légère douleur à l'extrémité du pénis.

A huit heures, le membre affecté paraît froid et livide, plus particulièrement autour de l'anévrisme; mais la jambe droite conserve sa chaleur naturelle.

A onze heures, le pouls est faible et offre cent vingt pulsations; il paraît baisser. Le malade ne répond plus aux questions qu'on lui adresse; il semble éprouver du malaise vers le cœur, et tient sa main sous le sein gauche.

Il mourut à une heure dix-huit minutes, ayant survécu quarante heures à l'opération.

MM. Brooks, Travers, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas, Stocker, apothicaire de celui de Guy, et un concours immense d'élèves assistèrent à l'examen du cadavre.

A l'ouverture de l'abdomen, on ne trouva pas la plus légère trace d'inflammation du péritoine, si ce n'est vers les bords de la plaie. L'épiploon et les intestins conservaient leur couleur naturelle; les lèvres de la plaie étaient unies ensemble par l'inflammation

adhésive, à l'exception du point par lequel sortait la ligature.

Nous vîmes avec plaisir que la ligature ne renfermait aucune portion d'épiploon ou d'intestin; elle avait été passée autour de l'aorte, à environ trois quarts de pouce au-dessus de sa bifurcation, et à environ un pouce au plus au-dessous de l'endroit dans lequel le duodénum croise l'artère. En ouvrant avec précaution l'aorte, nous trouvâmes un caillot de plus d'un pouce d'étendue qui fermait le vaisseau au-dessus de la ligature; au-dessous de la bifurcation, il y en avait un autre d'un pouce de longueur, qui occupait le diamètre de l'artère iliaque droite, tandis que la gauche était oblitérée par un troisième qui s'étendait jusqu'à l'anévrisme. Nous fûmes tous très-satisfaits de voir l'artère aussi complètement fermée au bout de quarante heures. Le sac anévrismal, qui avait la plus grande dimension, s'étendait depuis l'artère iliaque commune jusqu'au-dessous du ligament de Poupart et à l'autre côté de la cuisse. L'artère manquait depuis la partie supérieure jusqu'à la partie inférieure du sac, qui était rempli par une immense quantité de coagulum.

Le col du fémur s'était rompu dans l'intérieur du ligament capsulaire et n'était pas réuni.

En examinant toutes les circonstances de cette observation, à laquelle devons-nous attribuer la mort de cet individu? Elle ne fut pas causée par l'inflammation, puisque les viscères de l'abdomen en étaient parfaitement exempts.

Sa mort me paraît avoir été occasionnée par un défaut de circulation dans le membre affecté d'anévrisme : en effet, quoique l'autre membre eût conservé sa chaleur et sa vitalité, celui sur lequel la maladie avait son siége ne recouvra jamais sa température ordinaire, ce qui dut provenir sans doute du volume de l'anévrisme, et de l'état de dérangement du coagulum qu'il contenait, qui empêchait le libre cours du sang à travers le sac. Ce membre ne reprit jamais sa chaleur naturelle, et il y eut plusieurs degrés de différence entre les deux extrémités ; la sensibilité reparut aussi dans le membre droit, ce qui n'eut pas lieu dans le gauche. En conséquence, dans un anévrisme qui aurait un siége semblable, je ferais l'application de la ligature avant que la tumeur eût acquis un grand développement.

Une question reste encore indécise, relativement à la ligature de l'aorte : c'est la manière dont elle peut être détachée : doit-on la laisser pendre au dehors de la plaie ou la couper très-près du vaisseau ? doit-on enfin employer le presse-artère de M. Crampton, ou se servir pour ligature de quelque matière inusitée jusqu'ici ? Quoique le malade dont je viens de rapporter l'histoire n'ait pas éprouvé d'inflammation dans l'abdomen, je n'en aurais pas moins craint, s'il eût vécu plus long-temps, qu'un corps étranger, suspendu au milieu des intestins, n'eût produit cet effet.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

TOME PREMIER.

PREMIÈRE PARTIE.

Des Maladies des Artères en général.

DEUXIÈME PARTIE.

TOME SECOND.

SUITE DE LA DEUXIÈME PARTIE.

Des Anévrismes en particulier.

TROISIÈME PARTIE.

QUATRIÈME PARTIE.

Des Maladies des Veines.

APPENDIX.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

ERRATA DU SECOND VOLUME.

Page 1re, ligne dernière : *au lieu de*, environné ; *lisez* tapissé. — Page 14, ligne 9 : *au lieu de*, courbe ; *lisez* émoussée. — Page 25, ligne dernière : *après* accompagne ; *ajoutez*, le plus souvent. — Page 96, ligne 17 : *après* aisselle ; *ajoutez*, produite par une faux. — Page 98, ligne 19 : *au lieu de*, ulcération ; *lisez* gangrène. — Page 113, ligne 21 : *au lieu de*, éprouvait des douleurs excessives ; il ; *lisez*, s'enivrait habituellement. Il. — Page 115, ligne 25 : *après* incision ; *ajoutez* transversale. — *Idem, idem : au lieu de*, parfois ; *lisez*, tout-à-fait. — Page 152, ligne 1re : après ; *effacez* très. — Page 153, ligne 13 : *au lieu de*, abattue ; *lisez* calmée. — Page 155, ligne 26 : *au lieu de*, suppuration ; *lisez* gangrène. — Page 160, ligne 18 : *au lieu de*, apéritifs ; *lisez* laxatifs. — Page 164, ligne 19 : *au lieu de*, la pesanteur ; *lisez* l'engourdissement. — Page 165, ligne 11 : *au lieu de*, malaise général ; *lisez* nausées. — Page 166, ligne 5 : *au lieu de*, au jarret ; *lisez*, à la cheville. — Page 171, lignes 6 et 7 : *après* et, *effacez* il ; *et après* aphtes, *effacez*, dans cet endroit. — Page 175, ligne 11 : *au lieu de*, bien marqué ; *lisez* irrégulier. — *Idem*, ligne 29 : *au lieu de*, bien marquée ; *lisez* irrégulière. — Page 176, ligne 20 : *au lieu de*, occupée ; *lisez* remplie. — Page 179, ligne dernière, *au lieu de*, l'articulation ; *lisez*, la cheville. — Page 186, ligne 8, *au lieu de*, au-dessus de l'aponévrose du troisième adducteur ; *lisez*, au-dessus du tendon du triceps. — Page 190, ligne 7 : *au lieu de*, divisa ; *lisez* divisai. — Page 193, ligne 1re : *au lieu de* je ; *lisez* il. — *Idem, idem : au lieu de*, n'éprouva ; *lisez* n'éprouvai. — *Idem*, ligne 2, *au lieu de*, mon ; *lisez* son. — *Idem*, ligne 3 : *au lieu de*, que j'amenai ; *lisez*, qu'il amena. — *Idem*, ligne 5 : *au lieu de*, d'une aiguille courbe ; *lisez*, d'un stylet aiguillé. — Page 194, ligne 27 : *au lieu de*, ulcéré ; *lisez* gangrené. — Page 198, ligne 7 : *au lieu de*, directeur ; *lisez* conducteur. — *Idem*, ligne 14 : environnée inférieurement par ; *lisez*, retenue par. — Page 293, lig. 26 : *au lieu de*, le fond ; *lisez*, la voûte. — Page 349, ligne 11 : *au lieu de*, l'ulcération ; *lisez*, la gangrène. — Page 392 ; ligne 17 : *au lieu de*, haut qu'en bas ; *lisez*, bas qu'en haut. — Page 395, ligne 5 : *au lieu de*, lotions tièdes ; *lisez* purgatifs. *Idem*, ligne 13 : *au lieu de*, elle réussit selon ses desirs ; *lisez*, il crut avoir réussi.